

Tartu Ülikool
Arstiteaduskond
Õendusteaduse osakond

Ruth Tohvre

**TARTU ÜLIKOOLI KLIINIKUMI ÕDEDE ARUSAAMAD HOOLIVUSEST –
FENOMENOGRAAFILINE UURIMUS**

Magistritöö

Tartu 2015

Juhendaja: Reet Urban, RN, MSc

/allkiri/

/kuupäev/

Otsus magistrیتöö kaitsmisele lubamise kohta:

Kaasjuhendaja: Ere Uibu, RN, MSc

/allkiri/

/kuupäev/

Otsus magistrیتöö kaitsmisele lubamise kohta:

/TÜ AROT nõukogu otsus, koosoleku protokoll nr ja kuupäev /

Lihlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks

Mina, Ruth Tohvre (sünnikuupäev: 21.11.1963)

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihlitsentsi) enda loodud teose

„Tartu Ülikooli Kliinikumi õdede arusaamad hoolivusest – fenomenograafiline uurimus“,

mille juhendajad on Reet Urban ja Ere Uibu,

- 1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
- 1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu alates **01.12.2017** kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.
2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
3. kinnitan, et lihlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus (25.05.2015)

SISUKORD

KOKKUVÕTE.....	5
SUMMARY	6
SISSEJUHATUS.....	8
2. HOOLIVUSE KÄSITUS VARASEMATES UURIMISTÖÖDES	10
2.1. Hoolivuse olemus	10
2.2. Hoolivuse väljendamine	13
3. METOODIKA.....	19
3.1. Metodoloogilised lähtekohad	19
3.2. Uuritavad	21
3.3. Andmete kogumine	22
3.4. Andmete analüüs	25
3.5. Uurimistöö usaldusväärsus.....	26
3.6. Uurimistöö eetilised aspektid	27
4. TULEMUSED.....	28
4.1. Hoolivus kui hoiak	28
4.2. Hoolivus kui professionaalsuse alus	31
4.3. Hoolivus kui patsiendi eest hoolitsemine.....	34
4.4. Õdede arusaamad hoolivusest: Tulemuste ruum.....	39
5. ARUTELU	41
6. JÄRELDUSED.	47
Lisa 1. TÜ Inimuuringute eetika komitee nõusolek	53
Lisa 2. Informeeritud nõusoleku vorm.....	54
Lisa 3. Uuringusse kutsumise teade	55

KOKKUVÕTE

Tartu Ülikooli Kliinikumi õdede arusaamad hoolivusest – fenomenograafiline uurimus

Õendus ei saa eksisteerida ilma hoolivuseeta. Uurijad näevad hoolivust kui kompleksset nähtust, mis on kombinatsioon õe tegevustest ja isikuomadustest. Hoolivust on kirjeldatud kui õenduse sünonüümi, inimestevahelist suhet ning kui eetilist alust õe töös. Hoolivust iseloomustab empaatiline käitumine, viisakas suhtlemine, patsiendi ja pere vajaduste arvestamine ning nende kaasamine. Selleks, et hoolivust teadlikult arendada ja rakendada, tuleb kirjeldada ja mõista selle tähendust õenduspraktikas. Kogu maailmas toimuv teaduse ja tehnika areng ning tervishoiusüsteemi muutused mõjutavad ka õdede tööd, mistõttu on teemat käsitlevas kirjanduses jätkuvalt rõhutatud vajadust uurida hoolivust kui ühte õenduse jaoks väga olulist nähtust. Hoolivus on nähtus, mille mõistmiseks ja väljendamiseks on palju erinevaid viise ja mis sõltuvad kontekstist. Käesolevalt ei ole teada, millised on Eesti õdede arusaamad hoolivusest kui ühest õenduse põhiväärtusest.

Magistritöö eesmärgiks oli kirjeldada Tartu Ülikooli Kliinikumi statsionaarsetes osakondades töötavate õdede arusaamu hoolivusest ja hoolivuse väljendamisest oma kutsealases tegevuses. Andmed koguti poolstruktureeritud intervjuuga ajavahemikus september 2013–oktoober 2014, uuritavateks olid üheksa Tartu Ülikooli Kliinikumi õde. Andmeid analüüsiti induktiivselt, lähtudes kvalitatiivse sisuanalüüsi ja fenomenograafilise lähenemise põhimõtetest.

Tartu Ülikooli Kliinikumi õdede arusaama hoolivusest saab kirjeldada kolme valdkonna kaudu: hoolivus kui hoiak, hoolivus kui professionaalsuse alus ja hoolivus kui patsiendi eest hoolitsemine. Õed väljendavad hoolivust suhtlemisega, empaatilise, lugupidava ja osavõtliku suhtumisega, toetamise ja abistamisega, patsiendi heaolu ja turvatunde tagamisega ning oma kohalolekuga. Hoolivuse väljenduseks on ka professionaalne tegutsemine ning meeskonnatöö. Kuna Eestis pole taolisi uurimusi varem läbi viidud, võib käsitleda käesoleva magistritöö tulemusi kui esmast ülevaadet õdede arusaamadest hoolivusest ja selle väljendamisest. Saadud teadmised loodetavasti suurendavad õdede teadlikkust hoolivusest ja annavad aluse edasisteks uurimusteks hoolivuse teemal.

Märksõnad: hoolivus, õendus, fenomenograafia.

SUMMARY

Understandings of caring among nurses of Tartu University Hospital – phenomenographic study

Nursing cannot exist without caring. Researchers see caring as a complex phenomenon, which is a combination of activities and personal qualities of a nurse. Caring has been described as a synonym of nursing, relation between people and ethical basis in nurse's work. Caring is characterised by empathic behaviour, polite communication, taking into account the needs of patients and their families and involvement thereof. For the purpose of deliberate development and application of caring, it is necessary to describe and understand the meaning thereof in nursing practice. The development of science and technology in the whole world and changes in the health care system also have an impact on the work of nurses, due to which the relevant literature has continued to point out the need for studying caring as one of very important phenomena for nursing. Caring is a phenomenon that can be understood and expressed in a lot of different ways depending on the context. It is not known at present how nurses in Estonia understand caring as one of the core values of nursing.

The aim of this Master's thesis was to describe the understandings of caring among nurses who work in in-patient departments of Tartu University Hospital and of expressing caring in their professional activities. The data were collected by a semi-structured interview from nine nurses of Tartu University Hospital from September 2013 to October 2014. The data were analysed inductively proceeding from the principles of qualitative content analysis and phenomenographic approach.

The understanding of caring among nurses of Tartu University Hospital can be described through three fields: caring as attitude, caring as a basis for professionalism and caring as taking care of a patient. Nurses express caring through communication and empathic, respectful and sympathetic attitude, support and assistance, by assuring patients' welfare and secure feeling and just by being present. Caring also expresses itself in professional performance and teamwork. Since no studies of that kind have been conducted in Estonia before, the results of this Master's thesis may be regarded as the first overview on understandings of caring and expressing thereof among nurses. The

knowledge gained will hopefully increase the awareness of caring among nurses and provide a basis for further studies on caring.

Keywords: caring, nursing, phenomenography.

SISSEJUHATUS

Õendus ei saa eksisteerida ilma hoolivuseta. Hoolivus võimestab nii õde kui ka patsienti, motiveerib ja suunab õde ning on vajalik patsiendile paranemiseks (Cheung 1998, Bäck-Pettersson 2006). Hoolivus tõstab õe enesehinnangut, austust elu ja oma töö vastu ning suurendab erialaseid oskusi (Finfgeld-Connett 2008). Õe hooliva käitumise kaudu tunnetavad patsiendid füüsilist ja vaimset heaolu, mis omakorda soodustab paranemist (Morse jt 1990). Hoolivuse kujundamine on üks põhitegevus ülesannetukeskse õendusabi arendamisel patsiendikeskseks (Cheung 1998, Beeby 2000).

Uurijad näevad hoolivust kui kompleksset nähtust, mis on kombinatsioon õe tegevustest ja isikuomadustest (Finfgeld-Connett 2008). Hoolivust on kirjeldatud kui õe professionaalsust, (Beeby 2000), õenduse sünonüümi (Leininger 1988, Enns ja Gregory 2006), inimestevahelist suhet, tunnet, emotsiooni, kaasasündinud omadust (Pearcey jt 2010) ja kui eetilist alust ning moraalset põhimõtet (Bäck-Pettersson 2006). Hoolivust iseloomustab empaatiline käitumine, viisakas suhtlemine, patsiendi ja pere vajaduste arvestamine ning nende kaasamine, lisaks õe enda pidev refleksioon ja professionaalne areng (Brilowski ja Wendler 2005). Hoolivust kirjeldatakse kui holistikku (Watson 1985, Sourial 1997) ja patsiendi-kliendikeskset (Andersson jt 2015) lähenemist ning ollakse ühisel seisukohal, et hoolivus on kutsealakeskne mõiste ja peaks olema õenduse keskmeks ja sisuks (Watson 1985, Bassett 2002, Chiovitti 2008).

Õde ja patsient on hoolivuse näitamisel ja kogemisel mõjutatud elu jooksul omandatud väärtustest, uskumustest ja hoiakutest. Selleks, et hoolivust teadlikult arendada ja rakendada, tuleb kirjeldada ja mõista selle tähendust õenduspraktikas. Kogu maailmas toimuv teaduse ja tehnika areng ning tervishoiusüsteemis toimuv (näiteks kulude kärpimine, haigestumus, suurenenud vägivald, personali puudus) mõjutab ka õdede tööd, mistõttu on teemat käsitlevas kirjanduses jätkuvalt rõhutatud vajadust uurida hoolivust kui ühte õenduse jaoks väga olulist nähtust. Uurijaid huvitab, kas seoses õendusabi muutustega on ka hoolivusest arusaam ja selle väljendamine muutunud. (Beeby 2000, Bäck-Pettersson jt 2007, Andersson jt 2015.) Tänapäeva õenduses on suund patsiendikesksusele. Õdede suhtumine patsienti peab olema lugupidav, mõistev ja toetav ning individuaalsust arvestav,

mis on üks patsiendikesksuse tunnuseid. Õed suhtlevad patsiendiga kõige enam ning nende tegevusest sõltub paljus patsiendi rahulolu tervishoiuteenusega. Sotsiaalministeeriumi ja Haigekassa (2013) poolt tellitud uuringu “Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2013” tulemustest nähtub, et patsiendid pööravad kõige enam tähelepanu töötajate suhtumisele. 34% haiglas viibinutest mainib hoolimatut või muul viisil ebameeldivat suhtumist kõige sagedasema häiriva tegurina.. Vastajad nimetavad häirivana ka personali ebaprofessionaalsust. Sellest võib järeldada, et õdede hoiakud ja käitumine on äärmiselt olulised tegurid patsiendiga tegelemisel. Käesolevalt ei ole teada, millised on Eesti õdede arusaamad hoolivusest kui ühest õenduse põhiväärtusest. Saadud teave tuleb kasuks õenduspraktika arendamiseks patsiendikesksemaks ja annab infot praeguse olukorra kohta.

Professionaalse hoolivuse kujundamine õeks õppimise ja kujunemise protsessis peab olema süsteemne, järjepidev ja tõenduspõhine tegevus ning peab algama juba õdede põhiõppes. Juhendaval õel on üliõpilasele eeskujuks olemisel suur roll. (Fassetta 2011.) Linniku (2014) uurimistöö tulemustest selgus, et Eesti tervishoiukõrgkoolide õe õppekava viimase kursuse üliõpilaste enesetõhususe määr hoolivuse väljendamisel patsientide suhtes oli madalam võrreldes Ameerikas läbi viidud uurimustega. Üliõpilased nimetasid õdesid kui hoolivuse eeskujusid vanemate järel teisena. Käesoleva töö autor leiab, et õenduse seisukohast on see tulemus väga oluline, kuna annab selgelt teada, et üliõpilane õpib hoolivust väljendama, kui praktiseeriv õde näitab ette hoolivat käitumist.

Inimene ja tema kultuuriline taust on lahutamatud ning hoolivuse tunnused ja nende väljendamine võivad kultuuriti varieeruda (Leininger 1988). Õdede kogemustel põhineva kutsealase hoolivuse kirjeldamine võimaldab saada tõenduspõhise teabe hoolivuse kui kutseala põhiväärtuse olemusest meie kultuuris, mis ühtlasi loob teoreetilise aluse õenduse õppes kutseala põhiväärtuste õpetamise arendamiseks.

Magistritöö eesmärgiks oli kirjeldada Tartu Ülikooli Kliinikumi statsionaarsetes osakondades töötavate õdede arusaamu hoolivusest ja hoolivuse väljendamisest oma kutsealases tegevuses. Eesmärgist tulenevalt püstitati järgmised uurimisülesanded:

- 1) kirjeldada õdede arusaamu hoolivusest,
- 2) kirjeldada, kuidas õed väljendavad hoolivust oma igapäevases töös.

2. HOOLIVUSE KÄSITUS VARASEMATES UURIMISTÖÖDES

2.1. Hoolivuse olemus

Paljude uurimistööde tulemused kinnitavad, et hoolivus on kombinatsioon hoiakutest ja tegevustest, kus teadmistel ja kompetentsusel on tähtis roll (Morse jt 1990, Brilowski ja Wendler 2005, Finfgeld-Connett 2008). Watsoni (1985) ja Leiningeri (1988) arvates on hoolivus õenduse põhiolemus, annab õendusele sisu ja on kutseala keskne mõiste. Bäck-Pettersson (2006) leiab, et hoolivus on nähtus, mis on vajalik patsiendi paranemiseks. Uurija lisab, et kuigi hoolivus pole sageli märgatav, on selle puudumine patsiendi poolt tajutav. Morse jt (1990) iseloomustavad hoolivust kui iseloomujoont, moraalset kohustust või ideaalset eesmärki, suhtumist, inimestevahelist suhtlemist ja terapeutilist tegutsemist. Brilowski ja Wendler (2005) analüüsivad hoolivust läbi viie tunnuse: suhe, tegevus, hoiak, aktsepteerimine ja paindlikkus. Fassetta (2011) näeb hoolivust kui käitumisladi, olemise viisi ja väärtust, mis põhineb isiklikel ja professionaalsetel uskumustel, on oluline patsientide heaolu jaoks ning mida saab õppida ja õpetada. Finfgeld-Connett (2008) kirjeldab hoolivust üldisemas mõistes kontekst-spetsiifilise inimestevahelise protsessina, mida iseloomustavad õe asjatundlik tegutsemine, vastastikune usaldus ja lugupidamine ning lähedased suhted.

Gaut (1983) selgitab hoolivuse olemust kahel viisil – hoolivus kui hoolitsemine (*caring for*) ja hoolivus kui teise inimese väärtustamine (*caring about*). Hoolivust kui tegevust iseloomustavad kolm peamist omadust: tähelepanu ja osavõtlikkus on suunatud teistele; teise inimese eest võetakse vajadusel vastutus; teise inimese vastu tuntakse austust, poolehoidu ja lähedust. Hoolivuse kui hoiaku tunnused on lugupidamine, kutsealane pädevus, isiku vajadustega arvestamine. Leininger (1988) on määratlenud hoolivuse universaalsed komponendid üldisemalt, milleks on patsiendi füüsilise ja emotsionaalse heaolu toetamine. Hoolivusele on iseloomulik kaastunne, empaatia, toimetulekut toetav ja paranemisele suunatud käitumine, puudutus, turvalisuse tagamine, tervise kaitsmise ja säilitamise eesmärgil juhendamine ja nõustamine. Roach (2002) kasutab hoolivuse iseloomustamiseks kuut väljendit, mida nimetab *The Six C-s*: kaastunne\osavõtlikkus (*compassion*), pädevus (*competence*), usaldus\veendumus (*confidence*), sisetunne (*conscience*), seotus\pühendumus (*commitment*), väärikas käitumine (*comportment*).

Igal inimesel on olemas kaasasündinud võime hoolida, mis aga võib avalduda erinevalt ja on mõjutatud elukogemustest. Lugupidamine, teisega arvestamine, austus, kohusetunne, südamlikkus ja vastutus on omadused, mis peavad olema igal hoolival õel. (Watson 1985, Morse jt 1990, Brilowski ja Wendler 2005.) Iseloomuomadused koos väärtushoiakutega määravad suhtumise nii endasse kui teistesse ja on oluliseks tunnuseks hoolivuse mõiste selgitamisel. Dyson (1996) peab õe isikuomadusi peamiseks komponendiks hoolivuses, mis leiab toetust jätkuvalt ka teiste uurijate, nagu Yam ja Rossiteri (2000), Clarke ja Wheeleri (2004) ning Meng jt (2011) poolt. Uurijad on aluseks võtnud Watsoni (1985) lähenemise hoolivusele, mille järgi hoolivus on moraalne väärtus ja eetiline alus õe töös. Hoolivus põhineb patsiendi vajadusel ja avatusel, õe kogemustel ja oskustel soodsas töökeskkonnas ning on terviklik. Väide põhineb eeldusel, et hoolivust saab efektiivselt väljendada ja kogeda ainult vastastikuses koostöös. Kümme hoolivuse tegurit, mis sisaldavad nii tundeid kui tegevusi, aitavad mõista hoolivuse olemust ja käsitleda patsienti kui tervikut. Hoolivuse kujunemise eeldusteks on humanistlik-altruistliku väärtuste süsteemi loomine, usu ja lootuse olemasolu, tundlikkus enda ja teiste suhtes. Ülejäänud seitse tegurit, milleks on abistava suhte arendamine, tunnete väljendamine, probleemidele lahenduste leidmine, vastastikune õppimine-õpetamine, sobiva keskkonna tagamine ja eksistentsiaalsuse toetamine tuginevad esimesele kolmele. (Watson 1985.)

Hoolivuse mõiste selgitamisel on uurijate poolt kõige enam kasutatud mõisteid suhe (*relationship*) ja suhtumine (*attitude*). Suhe avaldub läbi suhtlemise, kuid suhtumine on väljendatav oleku ja käitumise läbi. Hoolivussuhe eksisteerib õe ja patsiendi vahel, kus eelduseks on patsiendi poolne vajadus ja valmisolek. Suhet toetavad õe väärtushoiakud, erialased teadmised ja oskused ning hoolivust soodustav töökeskkond. Suhe sisaldab nii verbaalset kui mitteverbaalset suhtlemist ning suhte objektiks on patsiendi tervis. Patsienti nähakse kui inimest tervikuna, mis on ka holistliku inimkäsituse põhimõte. Holistlik lähenemine ei ole hoolivuse kirjeldamisel uus mõiste, kuna hoolivust võib nimetada üheks osaks holistlikust käsitlusest. (Beeby 2000, Wilkin ja Slevin 2004, Finfgeld-Connett 2008.) Andersson jt (2015) määratlevad hoolivust ka kui patsiendi- ja kliendikesksust, kirjeldatuna holistlikust vaatenurgast.

Õe-patsiendi vahelist suhet iseloomustab sageli empaatia ja seda on hoolivuse kirjeldamisel ka paljud uurijad kasutanud. Forrest (1989) nimetab empaatiat lausa hoolivuse sünonüümiks, seda kahe mõiste ühiste joonte tõttu. Empaatiaga kaasneb soov abistada inimest tema kannatustes ning kui tugineda

Roachi (2002) tulemustele, kes ütleb, et hoolivus avaldub läbi kaastunde, siis on need kaks mõistet omavahel tugevasti seoses. Empaatiat on kaastunde eeltingimus ja üks peamisi komponente hoolivuses (Leininger 1988, Cheung 1998, Andersson jt 2015). Patistea (1999) arvates aitab just empaatiavõime õel märgata ja tunda patsiendi käitumuslikke reageeringuid ning vastavalt sellele suhelda ja tegutseda.

Swanson (1991) ja Roach (2002) kasutavad hoolivuse kirjeldamisel mõistet seotus, kohustus ja pühendumus (*connectedness, commitment*). Seotus, kas emotsionaalselt või vaimselt patsiendiga, pereliikmetega ja kolleegidega on võrdselt olulised. Sarnaselt patsiendiga soovivad toetust ja informatsiooni ka pereliikmed ning oma kolleegi toetamine teatud olukordades näitab samuti hoolivust (Clarke ja Wheeler 1992, Beeby 2000). Siinkohal soovib Finfgeld-Connett (2008) hoiduda liigsest seotusest, mis takistab läbipõlemist ja professionaalse suhte säilimist. Ka Patistea (1999) hoiatab psühholoogiliste ja emotsionaalsete aspektide ületähtsustamine eest ning väidab, et patsiente huvitab eelkõige ikkagi õdede poolt füüsiliste vajaduste rahuldamine.

Positiivsed tunded ja emotsioonid, mida õed kogevad läbi patsiendi rahulolu, on aluseks õe sisemisele kasvule ja erialasele arengule (Finfgeld-Connett 2000) ning motivaatoriks hoolivale käitumisele (Watson 1985, Wilkin ja Slevin 2004). Arusaamine inimesest kui tervikust ja sellest tulenevat õendusabi saab anda ainult see, kellel on olemas vajalik pädevus. Teoreetilised teadmised ja praktilised oskused kujunevad õeks õppimise käigus. Õe-patsiendi vaheline suhe on professionaalne, kus on oluline mõlemapoolne ausus, avatus, siirus ja kannatlikkus. Professionaalse hoolivuse eesmärk on abistada ja toetada teist inimest olukorras, kus ta seda vajab, lihtsustamaks toimetulekut ja tagamaks nii füüsiline kui vaimne heaolu. Professionaalne hoolivussuhe põhineb vastastikusel usaldusel ja mõjutab inimese mõtlemist, tundeid ja käitumist üksteise suhtes. (Leininger 1988.)

Professionaalsus on ka see, kui õde suudab reflekteerida enda käitumist, tuleb toime oma emotsioonidega ja hoolib enda vajadustest (Leininger 1981, Swanson 1991). Samuti hõlmab professionaalsus võimet tulla toime erinevate väljakutsetega, mis võivad tekkida olukordades, kus õde peaks olema hooliv, kuid mingil põhjusel tekib raskusi või takistusi selle väljendamisel. Professionaalne õde oskab olla hooliv ilma liigsetesse emotsioonidesse laskumata ning oskab vältida enesekesksust ja võimu kasutamist. Arusaamine õe rollist ja kutseväärtustest tõstab õe võimekust olla hooliv ning säilitada vaimne tasakaal, eneseteadvus ja –kindlus. (Beeby 2000, Wilkin ja Slevin 2004.)

Mõiste iseloomustamiseks on kasutatud erinevaid väljendeid, mis on sisult sarnase tähendusega. Üldjoontes jagunevad seisukohad hoolivusest kaheks, kus ühtede arvates on hoolivus õenduse keskmeks, samas kui teised leiavad, et hoolivus on õenduse üks osa. Eeltoodus eristub teistest Morse jt (1990) seisukoht, et hoolivus on kui moraalne kohustus. Uurijad kahtlevad, kas hoolivus on õe kutsest ja tööst tulenev kohustus, mida õde peab nagnii tegema või kõrgeim ideaal, mille poole püüelda. Hilisemates uurimustes (Swanson 1991, Brilowski ja Wendler 2005, Finfgeld-Connett 2008) pole seda kinnitatud ja hoolivust nähakse kohustuse asemel pühendumusena, seotusena ja suhtena. Ollakse ühisel seisukohal selles, et hoolivuse peamiseks komponendiks on suhtumine, toetudes Watsonile (1985), kes kirjutab, et hoolivust kogetakse inimestevahelises suhtes. Seega ei saa väita, et hoolivus oleks kohustus, mida tehakse kellegi korraldusel, vaid pigem humanistlikele ja kutseala väärtustele tuginev hoiak (suhtumine), mida väljendatakse professionaalse tegevusena.

Morse jt (1990) kasutavad erinevalt teistest uurijatest hoolivuse mõiste kirjeldamisel ka väljendit terapeutiline sekkumine. Siinkohal mõtlevad uurijad spetsiifilisi õendustegevusi, nagu protseduurid, kuid ka patsiendi eest hoolitsemist. Kirjeldatud kategooriasse kuuluvad ka õe igapäevatööks vajalikud teadmised ja oskused ning näiteks kuulamine, patsiendi õpetamine ja motiveerimine. Kui Leiningeri (1988) jaoks on eelkirjeldatu professionaalne käitumine ja käitumisviis, siis Watson (1985) nimetab seda kaasaaitavaks tegevuseks. Selline kirjeldus näitab hoolivuse tunnuste omavahelist seotust ja teeb keeruliseks kategooriaid selgelt eristada. Üldistatult võib siiski öelda, et hoolivusel on kaks peamist, teineteist täiendavat aspekti – käitumine ja hoiakud, mida Morse jt (1990) näevad kui kohustust ja igapäevast tegevust. Viimast võib tinglikult nimetada samuti kohustuslikuks pooleks, kuna sisaldab õe igapäevaseid tööülesandeid. Hoiakud tähendavad rohkem kui kohustust ja on enamjaolt seotud õe isikuga.

2.2. Hoolivuse väljendamine

Inimese loomuomadustel ja väärtushinnangutel põhinev suhtumine ja hoiak mõjutavad mitte ainult õe käitumist, vaid panevad ka aluse õe-patsiendi suhtele ja suhtlemisele ning on õele motivaatoriks. Sellest vaatenurgast aga ei ole hoolivus sageli nähtav ja identifitseeritav käitumine ega hõlma kõike õe tööd, leiab Bäck-Petersson (2006) ning ütleb, et hoolivus on sageli kui varjatud, nähtamatu käitumine, mis võib jääda märkamata. See on ka üks põhjus, miks peab hoolivuse mõiste kirjeldamisel

tähelepanu pöörama tegevusele. Selle alla kuuluvad õe poolt tehtavad protseduurid, patsiendi eest hoolitsemine, tema probleemide lahendamine ning abistamine erinevates olukordades.

Patsiendi heaolu ja mugavus saavutatakse läbi tervikliku lähenemise. Selle üks osa on oskuslik õendustegevus protseduuride teostamisena, patsiendi seisundi jälgimine ja muude raviprotseduuride õigeaegne ning korrektne tegemine (Yam ja Rossiter 2000, Wilkin ja Slevin 2004). Finfgeld-Connett (2008) leiab, et hoolivus ja professionaalne õendus eksisteerivad koos. Professionaalsus tähendab võimet märgata patsiendi seisundit ja emotsionaalseid vajadusi (Forrest 1989, Swanson 1991, Clarke ja Wheeler 1992), hinnata ja planeerida sekkumise vajadust, tuginedes teoreetilistele teadmistele (Swanson 1991, Wilkin ja Slevin 2004) ja suutlikkus oma tegevust vastavalt patsiendi vajadusele ning olukorrale kohandada (Bäck-Pettersson 2006). Professionaalsed oskused, sealhulgas hooliv tegutsemine, kujunevad läbi erialaste kogemuste, toetuvad õe hoiakutele ja õpitud oskustele ning väljenduvad suhtumises ja käitumises (Dyson 1996, Wikberg ja Eriksson 2008, Fassetta 2011). Erineva spetsiifikaga osakondades võivad õed mõista ja väljendada hoolivust erinevalt. Samuti võib hoolivusest arusaamu mõjutada vanus, sugu ja kvalifikatsioon. Erinevus võib olla tingitud veel õdede teadmistest ja kogemustest (Watson 1985, Bassett 2002), kultuurilistest erinevustest (Leininger 1988, Halligan 2006, Wikberg ja Eriksson 2008, Meng jt 2011) ja keskkonnast tulenevatest mõjutustest (Wilkin ja Slevin 2004, Enns ja Gregory 2006, Andersson jt 2015). Näiteks intensiivravi õdedele on tähtis empaatiline hoiak, patsiendi heaolu tagamine, pere toetamine ja kompetentsus ning rõhk on patsiendi elus hoidmisel (Beeby 2000, Bassett 2002, Wilkin ja Slevin 2004). Psühhiaatriliste ja eakatega töötavad õed näevad hoolivuse väljendamisel põhirõhku sallivusel ja kannatlikkusel, arvestamaks patsientide eripära (Liu 2004, Chiovitti 2008, Hall ja Hoy 2012). Wilkin ja Slevin (2004) on seisukohal, et kuna intensiivravi osakonnas on õe tegevus paljus tehniline, ei pruugi keskkond olla piisavalt toetav hoolivuse väljendamiseks.

Hoolivuse väljendamist kirjeldatakse läbi õe oleku, suhtlemise, käitumise ja tegevuse ning võib üldisemalt jaotada instrumentaalseteks ehk mõõdetavateks ja ekspressiivseteks ehk väljenduslikeks. Mõõdetavate tegevuste fookuses on füüsilise keskkonna ja patsiendi tervisega seotud tegutsemine, nagu protseduurid, ravimite andmine, mugava ja turvalise keskkonna loomine, patsiendi tervisliku seisundi eest hoolitsemine, füüsiliste vajaduste rahuldamine. Asendi vahetamine lamatiste vältimiseks, keskkonna kohandamine kukkumiste ärahoidmiseks, samuti patsiendi puhtuse eest hoolitsemine ja

esmavajaduste rahuldamine on mõned näited, kuidas õde väljendab hoolivust. Väljenduslikud tegevused on ka psühhosotsiaalsetele vajadustele orienteeritud, nagu toetamine, empaatia väljendamine, patsiendi emotsionaalsete vajaduste toetamine ja privaatsuse austamine. Hooliv õde käitub tähelepanelikult, tegutseb vajadusel intuitiivselt ja on loov, andes endast parima. (Watson 1985, Wikberg ja Eriksson 2008, Fassetta 2011, Andersson jt 2015.) Eelnimetatud autorite uurimistööde tulemused kinnitavad Gauti (1983) ja Leiningeri (1988) väidet, et hoolivus väljendub praktilise tegevusena, mida mõjutavad õe väärtushinnangud ning kogemused.

Finfgeld-Connett (2008) ütleb, et hoolivus peaks olema patsiendile tuntav ja keskendunud füüsilistele, psühhosotsiaalsetele ning vaimsetele aspektidele. Suhtumine, suhe, suhtlemine ja koostöö patsiendiga on enim kirjeldatud tunnused hoolivuse väljendamisel. Hoolivat suhet kirjeldatakse hoolivuse moraalseid, kognitiivseid ja käitumuslikke komponente sisaldava inimestevahelise protsessina, mida iseloomustavad oskuslik tegutsemine, osavõtlikkus ja lähedased suhted. Hooliva suhte kujunemise eeldusteks ja isegi nõudeks on paljud faktorid, nagu usaldus, kontakt, mõistmine ja pühendumus. Lõpptulemuseks on patsiendi füüsiline ja vaimne heaolu ning õe rahulolu oma tööst. Soodustavate teguritena lisanduvad õe oskused ja võimekus olla hooliv ning tulla toime väljakutsetega, mis eeldavad isikliku kogemuse ja teoreetiliste teadmiste olemasolu. (Wilkin ja Slevin 2004, Brilowski ja Wendler 2005, Finfgeld-Connett 2008.) Gaut (1983) kirjeldab oskuslikku hoolivuse väljendamist kui siirast huvi ja abistamise soovi ülesnäitamist, aitamist; empaatilist, osavõtlikku, altruistlikku ja isetut käitumist.

Hooliv suhtumine on empaatiline, kus õde, sageli intuitiivselt, mõistab patsiendi kannatusi ning on emotsionaalselt avatud ja kättesaadav. See on rutiinist väljumine, sisaldades loovust, julgust ja valmisolekut teha patsiendi heaks seda, mis pole alati tavapärane. Silmside, kuulamine, puudutus, julgustamine ja rahustamine on lihtsad tegevused, millega õde väljendab hoolivust. Sellisel viisil suheldes näitab õde ka lugupidamist patsiendi suhtes, mis peab olema võrdne, eelarvamusteta ning individuaalsust arvestav. (Finfgeld-Connett 2008.) Patsiendi isikust, päritolust ja muudest eripäradest tingitud vajaduste hindamine näitab õe teadlikkust kultuuridevahelisest erinevusest, mis on üks tunnus professionaalse hoolivuse väljendamisel (Watson 1985, Patistea 1999, Meng jt 2011). Lugupidamine on vajalik patsiendi väärikuse ja positiivse emotsionaalse seisundi säilitamiseks. Suhtumine mitte

ainult patsienti, vaid ka oma töösse ja selle väljendamine on hoolivuse indikaatoriks. (Wilkin ja Slevin 2004, Chiovitti 2008.)

Õdede jaoks on hoolivuse väljenduseks ka olemas olemine, kusjuures füüsilisest kohalolekust ja tegevusest tähtsam on patsiendi tunnete ja vajaduste märkamine, mõistmine ja inimlikkus. Patsiendi soovide ja otsuste austamine, isegi siis kui need pole kooskõlas õe arvamustega, on samuti üks õdedepoolne hoolivuse väljendusviis. Patsiendi kaasamine raviprotsessi, temaga arvestamine ja tema soovide aktsepteerimine on õdede arvamus hoolivuse väljendamisest. Lisaks nimetatakse ka sallivust, initsiatiivi ja pühendumuse väljendamist hoolivuse väljendamise tunnustena. Uurijad rõhutavad eelkõige inimlikkuse aspekti mis hõlmab patsiendi väärtuste ja puuduste mõistmist, abivalmidust ja lugupidamist. (Liu 2004, Hall ja Hoy 2012, Andersson jt 2015.)

Hoolivuse väljendamine tähendab patsiendi huvide eest seismist. Hoolida patsiendist tähendab patsiendi õiguste kaitsmist, turvalisuse tagamist ja põhjendamatute kannatuste vältimist. Cheungi (1998) uuritavad kirjeldasid olukordi, kus nad tundsid vajadust seista patsiendi õiguste eest ja säilitada nende väärikus ning iseseisvus. Tüüpiline näide illustreerimaks seda oli patsiendi informeerimine enne operatsiooni, kus sageli jäeti arsti poolt selgitamata operatsiooniga kaasnevad riskid ja muud ohud. Psühhiaatrias töötavad õed näevad hoolivuse väljendamisena eelkõige patsiendi õiguste ja turvalisuse kaitsmist, lugupidavat, ausat ning otsekohest suhtlemist, toetamist ning lootuse sisendamist. (Bassett 2002, Chiovitti 2006.)

Kuigi hoolivus on universaalne nähtus, mille kirjeldamisel kasutatakse sarnaseid elemente, võib selle väljendamine kultuuriti olla erinev. Tuginedes Leiningerile (1988), inimesed eri kultuuridest võivad määratleda hoolivust erinevalt ja ka ootused sellele võivad olla erinevad. Kui õed ja patsiendid tajuvad hoolivust erinevalt, võib esile kerkida probleem, kus patsiendid ei ole õdedega rahul. Watsoni jt (2003) uurimuse eesmärk oli kindlaks teha kahe riigi õdede kultuurilise erinevuse esinemine hoolivuse väljendamisel kahe Euroopa riigi (Inglismaa ja Hispaania) õdede vahel. Tulemustes leiti õdede hinnangutes hoolivast käitumisest nii erinevusi kui sarnasusi. Patsiendi kuulamine ja privaatsuse pakkumine olid mõlema riigi õdedele oluliselt tähtsad, Hispaania õed hindasid oluliseks patsiendi kaasamist, juhendamist, samas Inglise õdedele oli olulisel kohal patsientidele kliiniliste protseduuridega seonduv tegevus. Papastavrou jt (2011) kuues Euroopa riigis (Kreeka, Küpros,

Tsehhi, Ungari, Soome, Itaalia) läbi viidud võrdleva uuringu tulemustes selgus, et kui Tšehhi õed hindasid kõige kõrgemalt instrumentaalseid oskusi ja teadmisi ning patsiendi vajadused olid teisejärgulised, siis Itaalia õdede jaoks oli oluline inimestevaheline kontakt ja vastastikune austus. Meile kultuuriliselt kõige lähemal olevad Soome õed väärtustasid sarnaselt Tšehhi õdedega rohkem teadmisi ja oskusi. Bruntoni (2000) uuritavateks Ameerikas olid nii õed kui praktikal viibivad üliõpilased. Põhilised hooliva käitumise tunnused, mis õed välja tõid, olid lugupidamine ja austus patsiendi vastu, patsiendi väärtustamine, delikaatne suhtlemine ja julgustamine. Aasia riikides läbi viidud uurimustes (Yam ja Rossiter 2000, Liu 2004, Meng jt 2011) aga oli kultuuriline erinevus tajutav. Peamine on patsiendi väärikuse austamine ja inimlik suhtumine ning suurem rõhk on tegevustel.

Hoolivus väljendub keskkonnas, mis on toetav ja soodustav. Vaatamata seisukohale, et hoolivus on kaasasündinud omadus (Leininger 1988, Pearcy jt 2010), on seda võimalik õppida ning õpetada. Seejuures on oluline tähtsus töökeskkonnal ja osakonnas valitseval suhtumisel. Erialane kooolitus, mis muuhulgas peaks ka sisaldama kultuurilist ja religioosset erinevust, on lahutamatu osa hoolivuse õpetamisel. Olulised faktorid hoolivuse näitamiseks on aeg ja ressursside olemasolu. (Finfgeld-Connett 2008, Fassetta 2011.) Enns ja Gregory (2006), kes viisid uurimuse läbi Kanadas kirurgia osakonna õdede hulgas, tajusid tugevalt õdede rahulolematust hoolivuse väljendamise võimalustega. Piiravate teguritena toodi välja meeskonna toetuse puudumine ning suur töökoormus seoses personali arvu vähesusega. Patsientide surm ja sellest tulenev emotsionaalne pinge ning materiaalsete ressursside piiratus on samuti tegurid, mis mõjutavad hoolivuse väljendamist. Sarnased tulemused said ka Yam ja Rossiter (2000) ja Pearcy (2010). Hoolivust on õel raske näidata, kui patsient ei ole koostöövalmis ja avatud (Clarke ja Wheeler 1992, Beeby 2000), liiga nõudlik või agressiivne (Yam ja Rossiter 2000). Samuti ei ole alati võimalik hoolivust väljendada teadvuseta või dementsete patsientide suhtes, ütlevad Wilkin ja Slevin (2004). Cheungi (1998) uurimuses väljendub õdede soov olla hooliv, kuid motivatsiooni säilitamiseks ja oma tegevuse jätkamiseks vajavad õed tunnustust ja tagasisidet. Õdede võimekust olla hooliv mõjutavad nii meeskonna hoiakud kui juhtkonna suhtumine.

Emotsionaalne pinge ja rahulolematust hoolivuse väljendamisel võib õdedel tekkida ka kultuuriliste erinevuste korral (Wikberg ja Eriksson 2008). Halligan (2006) viis läbi uuringu Saudi-Araabias töötavate eri rahvusest õdede hulgas. Uurimuses osalesid kuus mittemoslemist õde, pärit Austraaliast,

Inglismaalt, Kanadast ja Indiast. Riigis, kus on valitsevaks islamiusk, on religioonil tugev mõju ja see oli üheks stressitekitavaks teguriks teisest kultuurist tulnud õdedele. Hoolivust said õed väljendada peamiselt patsiendi tervise eest hoolitsemisega, teostades protseduure ja hoolitsedes patsiendi vajaduste eest. Leiti, et hoolivust saab näidata patsiendiga tegelemisel vähe, kuna sealne usk seab piirid puudutusele, usaldusliku suhte loomisele ja emotsioonide väljendamisele. Islamimaades on pere ja sugulaste kaasamine vältimatu ning tuleb arvestada nende soovide ja nõudmistega, mitte patsiendi vajadustega õe poolt nähtuna ja mis sageli ei ühti. Sama probleemi tõid esile ka Yam ja Rossiter (2000) ja Meng jt (2011), kus Hiina õed küll väärtustavad õe-patsiendi vahelist suhtlemist ja terviklikku patsiendi eest hoolitsemist, kuid osaliselt takistab hoolivuse väljendamist kohalik kultuur. Rõhuasetus on arsti korralduste täitmisel ja rutiinse, haigla eeskirjadest ja kultuurilistest mõjutustest tuleneval tegevusel. Hiina kultuuris pannakse rõhku konfutsianistlikele põhimõtetele ja hierarhilised suhted mõjutavad tööd ja hoiakuid ka haiglas. Patsiendi emotsionaalsed vajadused ei ole esikohal ja haige eest hoolitsemine on pereliikmete kohustus.

Käesolevalt ei väljendunud erinevates riikides läbi viidud uurimustes märkimisväärset vahet hoolivuse mõiste kirjeldamisel. Uurijad, näiteks Chiovitti (2008), põhjendavad seda sellega, et kuna õed ei selgita ega dokumenteeri piisavalt kõike oma tegevust, pole mõistet lihtne kirjeldada. Töös kasutatud uurimused on läbi viidud ajavahemikul 1989 – 2013 Aasia, Euroopa ja Ameerika riikides ning Austraalias. Kui varasemates uurimistöödes piirduti mõiste konkreetsema kirjeldusega, siis viimaste aastate uurimustes nähakse hoolivust rohkem kui abstraktset ja mitmetähenduslikku nähtust, mis on õenduses väärtustatud holistliku inimese lahutamatu osa. Küll aga oli mõningast erinevust uurimustes, kus uuritavateks olid kindla spetsiifikaga osakondade õed, nagu geriaatria, psühhiaatria ja intensiivravi. Kokkuvõttes võib öelda, et hoolivuse väljendamine toimub läbi õe igapäevase töö konkreetsete tegevustena, mida täiendavad õe positiivne suhtumine ja toetav keskkond. Oma igapäevatööd, mis sisaldab muuhulgas rääkimist, kuulamist ja teisi abistavaid tegevusi ja kohustusi, on võimalik teha hoolivalt, suhtudes patsienti lugupidavalt ja austusega. Peatükis toodud hoolivuse väljendamine haakub patsiendi- ja kliendikeskse hoolduse põhimõtetega, mis on käesolevalt õenduses prioriteet. Sõltumata muudatustest tervishoiusüsteemis ja maailmas üldisemalt võib siiski järeldada, et õed lähtuvad oma tegevuses kutseväärtustest ja –eetikast.

3. METOODIKA

3.1. Metodoloogilised lähtekohad

Käesoleva uurimistöö läbiviimiseks on kasutatud fenomenograafilist lähenemist. Fenomenograafia kirjeldab erinevaid viise, kuidas inimesed kogevad, tajuvad, sõnastavad ja mõistavad neid ümbritseva maailma erinevaid nähtusi (Marton 1981). Fenomenograafia lähtub interpretivismi paradigmat, mis peab õigeks, et on olemas arvukaid võimalusi tõlgendada tegelikkust. Valitud meetod sobib erinevate arusaamade kirjeldamiseks ja võimaldab selgitada uuritava nähtuse sarnasusi, erinevusi ja omavahelisi seoseid ning saada ülevaate kollektiivsest mõtlemisest. Fenomenograafia on kirjeldav protsess erinevatest nähtustest nii nagu nad ilmuvad ja loovad meile tähendusi. Maailma kirjeldatakse nii, nagu inimene sellest aru saab. Nähtuse kogemine on seotud inimese käitumisega, kus inimesed kogevad maailma erinevalt. Fenomenograafia eesmärk on kirjeldada kvalitatiivselt erinevaid viise kuidas mingi inimgrupp mõistab uuritavat nähtust ja kuidas arusaamisviisid on omavahel struktuuralselt seotud. (Barnard jt 1999, Akerlind 2012, Stenfors-Hayes jt 2013.)

Fenomenograafia uurimismeetodina töötas välja Ferencz Marton Göteborgi Ülikoolis 70-ndatel ja seda on hakatud järjest rohkem kasutama nii haridus- kui tervishoiualastes uurimistöodes. Fenomenograafiline lähenemisviis põhineb eeldusel, et inimesed tajuvad nähtust erinevalt ja seega võivad omistada ühele ja samale nähtusele erinevaid tähendusi. Fenomenograafia lähtub sellest, et inimene ja keskkond on omavahelises vastastikusel seoses ning nähtuse kogemise viis on selle seose peegeldus. Inimene kokkupuutes maailmaga kogeb nähtust ning saadud kogemused kujundavad inimest. Viis, kuidas inimesed maailma kogevad ja sellele tähendust omistavad, on mõjutatud nende varasemast elukäigust ja kogemustest. Keskkond kujundab inimest ja inimesest endast sõltub see, kuidas ta sellest aru saab. (Marton 1981.)

Kvalitatiivsetes uurimustes, milles kasutatakse intervjuudest saadud andmeid, toimub andmete kogumine ja analüüs sageli paralleelselt. Andmeid analüüsitakse võimalikult kiiresti pärast intervjuu läbiviimist, et talletada võimalikult palju tähelepanekuid intervjuu asjaolude ja konteksti kohta, samuti võimaldab see välja tuua teemasid või küsimusi, mida tuleks täpsustada järgnevates intervjuudes. (Polit jt 2001, Sjöström ja Dahlgren 2002, Grove jt 2013.) Fenomenograafilise analüüsi

eesmärk on leida struktuursed erinevused, mis selgitavad uuritava objektiga seonduvate käsituste omavahelisi seoseid. Andmeid vaadeldakse nii ühe tervikuna kui eraldiseisvate tähendust omavate ühikutena. (Akerlind jt 2012, Stenfors-Hayes 2013.)

Fenomenograafilisel andmeanalüüsil peab fookus olema kirjeldamisel ning uuritava poolt antud kirjeldusi ja selgitusi tuleb käsitleda võrdselt olulistena (Barnard jt 1999). Stenfors-Hayes jt (2013) ning Sjöström ja Dahlgren (2002) soovivad kasutada fenomenograafilisel lähenemisel analüüsimeetodit, mis tugineb põhistatud teooria andmeanalüüsile ja millel on ühised lähtepunktid mitmete kvalitatiivsete andmeanalüüsidega. Tulemuskategooriate vaheliste piiride määratlemine, kategooriate nimetamine, mis kirjeldaksid nende olemust ja sisu, toimub siis kui kõik intervjuud on läbi viidud ja materjal ümber kirjutatud. Kvalitatiivses uurimuses pöördub uurija korduvalt algandmete juurde tagasi, transkriptsioone peab lugema korduvalt (Stenfors-Hayes jt 2013) ja selline spiraalikujujus on kvalitatiivse uuringu üks tähtsamaid tunnuseid (Flick 2006:100). Ka käesolevas töös pööruti andmete analüüsi perioodil korduvalt algandmete juurde tagasi.

Kirjeldused esitatakse tulemuskategooriatena. Kategooriad kujunevad andmeanalüüsi käigus, kus kajastuvad nii sarnasused kui erinevused ning esitatakse tulemuste ruumina (*outcome space*). Tulemuskategooriad peavad olema omavahel loogilises kooskõlas. Fenomenograafias võivad tulemuskategooriad kujuneda kolme tüüpi: horisontaalne, vertikaalne ja hierarhiline. Horisontaalsel tasandil on kategooriad juhul, kui nad on võrdsed ja erinevus peitub ainult nende sisus. Vertikaalne kategooriate süsteem eeldab erinevaid arusaamu nähtusest ja peegeldab vastanute arusaamade liikumist ühelt kategoorialt teisele, B- ja C-kategoorialt A-le. Hierarhilises tasandis eristuvad arusaamad, mis on erinevalt arenenud. Osad arusaamad haaravad endasse ka vähem väljendunud arusaamade jooni, näiteks B-kategooria hõlmab endas A-kategooriat ja C-kategooria sisaldab endas nii A-d kui B-d. (Sjöström ja Dahlgren 2002, Laherand 2008.) Kirjeldatud kategooriate hulk ei tohiks olla liiga suur. Hierarhiline struktuur on tuletatud andmetest ja tugineb teoreetilisele materjalile. Tulemuste süsteemina esitatud tulemuskategooriad võimaldavad vaadelda arusaamist nähtusest terviklikult, vaatamata sellele, et nähtust tajuti erinevalt. (Barnard jt 1999, Larsson ja Holmström 2007, Akerlind 2012, Stenfors-Hayes jt 2013.)

Fenomenograafilisest perspektiivist vaadatuna on õde ja patsient omavahel vastastikusel seoses ja hoolivus väljendub selle seose peegeldusena (tulemusena), mida kogetakse samaaegselt nii objektiivsena kui ka subjektiivsena. Fenomenograafia olulisus tervise teemalistes uurimustes seisnebki eelkõige kogemuste ja arusaamade erinevate viiside kirjeldamises. Hoolivuse fenomenograafiline käsitlus võimaldab kirjeldada ja seletada õdede grupisisesest variatiivsust mõistest arusaamise viisides ning seost kategooriate süsteemi vahel. Kui õe töö sisu ja eesmärk muutub, toob see kaasa vastava muutuse ka töö mõistmise viisis. Uuest töö mõistmise viisist lähtuvalt tegutsedes võib muutuda ka hoolivuse tähendus.

3.2. Uuritavad

Valim moodustati eesmärgipäraselt, kuna kvalitatiivses uurimistöös on valikukriteeriumid maksimaalset variatiivsust taotlevad. Uuritaval peavad olema teadmised, kogemus ja arvamus uuritavast nähtusest ning ta on nõus uurimuses osalema ja informatsiooni väljastama (Stenfors-Hayes jt 2007, Yates jt 2012, Grove jt 2013). Fenomenograafilises uurimuses, kui soovitakse saada võimalikult palju erinevaid variatsioone nähtuse kohta, on oluline et uuritavad oleksid erinevast soost, vanusest, erineva kogemusega ja erineva profiiliga osakondadest (Stenfors-Hayes jt 2007, Yates jt 2012). Metoodikast lähtuvalt valitigi uuringusse võimalikult erineva töökogemusega ja vanusega õdesid erinevatest osakondadest. Kooskõlas fenomenograafilise metoodikaga oli põhiliseks valikukriteeriumiks see, et uuritav oleks diplomeeritud ja töökogemusega õde, nõus osalema uuringus ning suudaks ennast eesti keeles vabalt väljendada.

Uuritavateks olid üheksa praktiseerivat täiskohaga õde, kes töötasid uurimistöö andmete kogumise perioodil Tartu Ülikooli Kliinikumi erinevates statsionaarsetes osakondades. Intervjueeritavate vanus jäi vahemikku 25–56 aastat, kaheksa uuritavat olid naissoost ja üks meessoost. Õdede töökogemus oli alates 7 kuust kuni 38 aastani. Kvalitatiivses uurimistöös loetakse uuritavate hulk piisavaks, kui andmete kogumisel saavutatakse küllastatus, st edasiste intervjuude läbiviimisel ei saada vastavalt uurimuse eesmärgile enam uut teavet (Polit jt 2001, Grove jt 2013). Fenomenograafilises uurimuses on oluline mitte uuritavate arv vaid variatiivsus ning osalejate arv selgub uurimistöö käigus (Larsson ja Holmström 2007, Stenfors-Hayes jt 2013). Ka Yates jt (2012) toonitavad, et uuritavate arv peab võimaldama saada mõiste kohta rikkaliku andmebaasi ja samas

tagama andmete töötlemiseks mõistliku ajaressursi. Kuna intervjueerimine koos andmete töötlemise ja analüüsiga on väga ajamahukas, planeeriti ka käesolevasse töösse maksimaalselt 15 uuritavat. Kuigi andmete küllastatus saabus seitsmenda uuritava järel, otsustati siiski teha kontrolli mõttes veel kaks intervjuud.

Intervjuude läbiviimiseks osakondade õdede hulgas küsis autor luba Tartu Ülikooli Kliinikumist. Uuritavate leidmiseks pöörduti kliinikute ülemõdede poole kirjaliku pöördumisega, mis sisaldas magistritöö kohta informatsiooni ja sooviavaldust viia uurimus läbi vastavates kliinikutes. Tagasisidet saadi kahe kliiniku ülemõe poolt. Järgmisena saadeti nende kliinikute õdedele kliinikumi e-postiga kutse uuringus osalemiseks, aadressid saadi Kliinikumi kodulehelt. Kuna vastuseid ei tulnud, pöördus autor osakondade vanemõdede poole isiklikult, kes abistasid kolme esimese uuritavate leidmisel. Vanemõed andsid uurimuse läbiviimise ajal tööl olevate õdede e-posti aadressid, kellega võeti ühendust ja suheldi individuaalselt. Kontaktide täpsustamisega vanemõdede roll uuritavate leidmisel piirdus. Kliinikumi kodulehel olevad kontaktid ei peegelda töötaja viibimist puhkusel ja esimene kutse uuringusse saadeti juulis 2013, kordusena augustis.

Teised kuus uuritavat värvati uurija poolt. Kuna metodoloogiliselt oli oluline intervjueerida võimalikult erineva taustaga õdesid, siis uurija poolt tehti valik, kellega intervjuu läbi viidi. Osad õed, kelle poole individuaalselt pöörduti, ei olnud nõus uurimistöös osalema. Loobumise põhjustena toodi valdavalt välja oskamatus uuritaval teemal rääkida, kahel korral osutus probleemiks intervjuuks sobiva aja leidmine ja üks õde põhjendas soovi mitte osaleda uurimuses oma suure töökoormusega.

3.3. Andmete kogumine

Käesolevas uurimuses on kasutatud andmete kogumiseks poolstruktureeritud individuaalset intervjuud, mis on eelistatuim andmekogumismeetod fenomenograafias (Sjöström ja Dahlgren 2002, Yates jt 2012, Stenfors-Hayes jt 2013). Fenomenograafiline intervjuu peab olema nii uuriv kui suunav (Barnard jt 1999) ning piisavalt paindlik ja sügav eesmärgi saavutamiseks (Polit jt 2001). Intervjuu jaoks võib olla ette valmistatud paar sissejuhatavat küsimust ning edasised küsimused kujunevad intervjuu jooksul saadud vastuste baasil. Intervjuu käigus on uurijal võimalik suunatavate

küsimustega saada vastused teda huvitava nähtuse kohta. (Sjöström ja Dahlgren 2002.) Võimalus täpsustada vastuseid, esitada lisaküsimusi ja paluda uuritaval põhjendada oma seisukohti annab poolstruktureeritud intervjuule eelise teiste kvalitatiivses metoodikas kasutatavate andmekogumisviiside ees (Flick 2006:150, Grove jt 2013). Uuritav on vastamisel vaba ja saab ise valida nähtuse kirjeldamiseks aspektid, millele soovib keskenduda. Selline meetod annab ka võimaluse saada rohkem vastuseid. Kuna kogemustel on keskne roll fenomenograafias, on peamine intervjuuerida osalejaid viisist, mil moel nad tajuvad spetsiifilist fenomeni (Sjöström ja Dahlgren 2002, Stenfors-Hayes jt 2013). Andmebaasi moodustavad sõnad, sõnaühendid või mõttetervikud, mis uuritavat nähtust iseloomustavad (Grove jt 2013).

Käesolevas töös oli intervjuu struktuuri loomiseks ette valmistatud kaks sissejuhatavat küsimust, mis tulenesid töö eesmärgist:

1. Mida tähendab mõiste hoolivus teie kui õe jaoks?
2. Kuidas väljendate hoolivust oma igapäevatöös?

Edasine intervjuu lähtus uuritava vastustest, kusjuures kogu intervjuu rõhuasetus oli uuritaval nähtusel ja sellel, et uuritav annaks võimalikult palju informatsiooni nähtuse kohta. Küsimuste esitamisel püüti kinni pidada küsimuste järjekorrast nii, nagu need on ka käesolevas töös järjestatud. Intervjuuerimise ajal tuli küsimusi korrata, et hoida vestlust eesmärgipärasena, sest mõnel korral oli oht vestluse arenemiseks muudele teemadele. Vajadusel ja uuritava vaatenurga paremaks arusaamiseks küsiti täiendavaid küsimusi, nagu „palun täpsustage“, „mida te täpsemalt selle all mõtlete“ või „kas võiksite tuua näite“. Korduvalt tuli uuritavatele selgitada, et uurija eesmärk pole saada „õigeid vastuseid“ ja julgustada õdesid oma mõtteid avaldama nii, nagu nad oskavad. Eelkirjeldatud probleemile intervjuu läbiviimisel on tähelepanu juhtinud ka Sjöström ja Dahlgren (2002) ning Stenfors-Hayes jt (2013). Vestluse jooksul peab intervjuueritav tundma, et võib mõelda kuuldavalt, tal on lubatud olla kõhklev ja ei eksisteeri õigeid ega valesid vastuseid. Intervjuu stiil peab olema rahulik, sõbralik ja seda võiks võtta kui kindlale eesmärgile suunatud vestlust. Fenomenograafilises uuringus peab uurija tagasi hoidma oma eelarvamusi ja nähtuse kohta käivat teooriat. Uurija ei tohi vestluse ajal mõelda selle üle, kas nähtust tajutakse uuritava poolt temaga sarnaselt või mitte ning võrrelda vastuseid eelmiste intervjuude tulemustega. (Stenfors-Hayes jt 2013.)

Intervjuud viidi läbi ajavahemikus september 2013–oktoober 2014, neljal korral uurija töökohas ja ülejäänud viis intervjuud uuritavate töö juures. Eelnevalt telefonivestluses lepiti kokku nii kohas kui kellaajas ja selgitati ka intervjuu läbiviimiseks vajalike tingimuste olemasolu vajadust. Intervjuude läbiviimiseks leiti uuritavate poolt eraldi ruumid, ainult ühel juhul viidi intervjuu läbi osakonna koridori lõpus asuvas puhkenurgas, kus õhtusel ajal oli tagatud vaikus ja segamatus. Ühel korral häiris intervjuu läbiviimist ehitusega kaasnev müra, mis osaliselt põhjustas vestluse teemalt kõrvalekaldumist ja mistõttu intervjuu aeg venis keskmisest pikemaks.

Intervjuud lindistati diktofoniga ja kirjutati sõna-sõnalt ümber, ümberkirjutamisel kasutati esimese nelja intervjuu puhul kõrvalist abi, ülejäänud intervjuud transkribeeriti autori enda poolt. Vigade vältimiseks loeti ja kuulati abilise poolt transkribeeritud tekst autori poolt üle, kontrollimaks teksti ja intervjuu õigsust. Intervjuud salvestati diktofonist intervjuu parooliga kaitstud arvutisse, peale transkribeerimist kuulati salvestust veendumaks ümberkirjutatu õigsuses, seejärel loeti teksti korduvalt läbi ja jõuti uuritavat nähtust sisaldava informatsiooni väljatoomiseni. Lisaks andmetega arvutis töötamisele prinditi materjal välja ja paralleelselt töötati sellega ka paberkandjal. Esimeste intervjuude kuulamise ja analüüsi tulemusena tekkis järgmiste intervjuude läbiviimiseks kogemus ja oskus esitada täiendavaid küsimusi. Intervjuusid teostati kuni andmebaasi küllastumiseni.

Intervjuude läbiviimiseks kulunud aeg oli keskmiselt 45 minutit. Kõige lühem intervjuu kestis 20 minutit ja kõige pikem 90 minutit. Intervjuud olid üles ehitatud järgmiselt:

- 1) uurija ja uurimuse eesmärgi tutvustamine,
- 2) intervjuu käigu ja salvestamise vajaduse selgitamine ning teiste protseduurireeglite tutvustamine,
- 3) nõusolekuvormi allkirjastamine,
- 4) sisuline osa,
- 5) lõpetamine.

Kõigilt uuritavatel küsiti intervjuu lõpus, kas nad soovivad kõnealuse teemaga seoses veel midagi lisada ning hiljem ümberkirjutatud materjaliga tutvuda, mida aga ükski uuritav ei soovinud.

3.4. Andmete analüüs

Andmeid analüüsiti induktiivselt, lähtudes kvalitatiivse sisuanalüüsi ja fenomenograafilise lähenemise põhimõtetest. Uuritav materjal oli õdedega läbi viidude intervjuude tekstide ära kirjad.

Andmete analüüsimisel lähtuti Sjöströmi ja Dahlgreni (2002) 7-etapilisest analüüsiprotsessist:

1.etapp: uurija poolt loeti korduvalt läbi transkriptid ja vajadusel kuulati üle helisalvestisi. Kontrolliti ning tehti vigade parandusi, mis võisid olla tekkinud intervjuude transkripteerimisel.

2.etapp: oluliste tekstilõikude leidmine. Peale esmase ülevaate saamist intervjuude lugemisel tuldi tagasi nende tekstilõikude juurde, mis kirjeldasid uuritavat nähtust.

3.etapp: kategooriate määratlemine. Vastustest leiti keskne sisu (väljendite lihtsustamine).

4.etapp: samatähenduslike tekstiosade leidmine. Kõik uuritava nähtuse kohta käivad olulisemad elemendid grupeeriti.

5.etapp: sarnaste tekstiosade integreerimine. Järgnes sarnaste vastuste võrdlemine, kus tuli ette korduvat grupeerimise muutust.

6.etapp: kategooriate süsteemi loomine, kus anti nimetused, mis kirjeldavad kategooriate olemust. (vt tabel 1)

7.etapp: kategooriate süsteemi ülevaatamine. Tulemuskategooriaid võrreldi ja vastandati, kus kirjeldati iga kategooria unikaalseid omadusi, erinevusi ja sarnasusi. Otsiti seoseid kategooriate vahel ja tulemuste asetamine „tulemuste ruumi.“ Tulemused kirjeldavad kolme kategooria hierarhilist suhet tulemuste ruumis, mis esindab õdede ühist arusaama hoolivusest. Aluseks, mille peal on kõik üles ehitatud, on hoiak (kategooria A), mis pole alati märgatav, kuid ilma milleta ei ole võimalik olla hooliv. Hoiakuid toetab professionaalsus (kategooria B), sisaldades õe teadmisi ja oskusi ning kutsealaseid väärtushinnanguid. Kui A-kategoorias on need hoiakud ja väärtused, mis on kaasa saadud ja elu jooksul kogetud, siis B-kategoorias on väärtushinnangud, mis kaasnevad koos õe elukutsega, sisaldades muuhulgas õe kutsega kaasnevaid eetilisi ja moraalseid tõekspidamisi. Viimane, hoolitsemine (kategooria C), on hoolivuse komponent, mis väljendub valdavalt tegevusena, patsiendi abistamises, seisundi jälgimises ja heaolu ning turvatunde tagamises.

Analüüsi tuumaks on variatiivsuse leidmine, mis põhineb erinevate ütluste sarnasuste ja erinevuste kindlakstegemisel ja intervjuudest tuuakse esile intervjuueeritavate arusaamad, tegevused ja

sarnasused ning erinevused (Stenfors-Hayes 2012). Töö viimases faasis tuli ette korduvalt grupeeringute nimetuste muutmist enne kui kategooriad said lõpliku nimetuse.

Tabel 1. Näide kategooria Hoolivus kui professionaalsuse alus moodustamisest

Lihtsustatud väljend	Substantiivne kood	Alakategooria
Öe põhitegevus Öe igapäevatöö sisu Öe elukutse juurde kuuluv omadus Patsiendi seisundi jälgimine Õigeaegselt tehtud protseduurid Öe professionaalne tegevus Personali omavaheline koostöö Oma tööst hoolimine Oma töö korrektselt tegemine Oma töö hingega tegemine	Öe põhitegevus Öe erialased teadmised Öe erialased oskused Töö korralikult tegemine Oma tööst hoolimine	Öe teadmised ja oskused Öe kutseväärtused

3.5. Uurimistöö usaldusväarsus

Kvalitatiivne uurimus nõuab kooskõla uurimisküsimuste, ontoloogiliste ja empistemoloogiliste oletuste, uurimise alla oleva nähtuse olemuse, andmete kogumise viisi ja analüüsi meetodi vahel. Kriteeriumid, millega saab hinnata kvalitatiivse uuringu usaldusväarsust, on kohaldatavad ka fenomenograafilisse uuringusse. Usaldusväarsuse hindamine fenomenograafias tähendab andmete ja tulemuste ruumis olevate kategooriate vastavuse ja suhete uurimist. (Stenfors-Hayes jt 2013.) Usaldusväarsuse hindamiseks fenomenograafilises uuringus kasutatakse peamiselt kolme hindamiskriteeriumi:

1. Kategoorias peab selgelt nähtav olema seos uuritava nähtusega ning iga kategooria peaks iseloomustama teistest selgelt eristuvat (unikaalset) viisi kõnealuse nähtuse kogemiseks.
2. Kategooriad peavad olema teineteisega loogiliselt seotud.
3. Kategooriate hulk peaks olema võimalikult väike, kuid piisav, andmaks edasi erinevused nähtuste mõistmise viisides. (Yates jt 2012.)

Usaldusväarsus on seega peamine uurides suhteid kategooriate ja andmete vahel ja on hinnatav intervjuude tsitaatidega. Kohtumine teiste uurijatega ning omavaheline aruandlus võimaldab testida esialgseid järeldusi ja vastata küsimustele, mis võivad tekkida. (Stenfors-Hayes jt 2013.)

Usaldusvääruste tagamiseks ja subjektiivsuse vältimiseks kasutati uurija poolt võimalust arutada juhendajaga läbi juba analüüsitud intervjuud. Omavaheline suhtlemine ja arutelu võimaldas saavutada ühtselt mõistatavad tõlgendused ja nimetused kategooriatele. Uurimistöö ja andmete analüüsi etapid on kirjeldatud, näited kategooriate moodustamisest on esitatud tulemuste peatükis.

3.6. Uurimistöö eetilised aspektid

Uurimistöö teostamiseks oli luba Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomiteelt (Lisa 1). Nagu ka varasemad uurijad on kirjeldanud (Sjöström ja Dahlgren 2002), osutus suureks probleemiks uuritavate leidmine, kuna üsna sageli pole õed motiveeritud taolistes uuringutes osalema. Õed ei vastanud e-kirjadele ning vajalik oli kasutada esimeste uuritavate leidmiseks õendusjuhtide abi. Siinkohal võib kahelda uuritavate vabatahtlikkuses ja nende mõjutamises, kuid seda püüdis uurija vältida. Mitte kõik õed, kelle poole uurija pöördus isiklikult vanemõdede poolt antud kontaktide põhjal, ei olnud valmis uuringus osalema, seega ei saa päriselt kinnitada uuritavate mõjutamist. Ennekõike oli õendusjuhtide abi vajalik uuritavateni jõudmiseks, kelle abiga täpsustati osakonnas uuringuperioodil tööl olevate õdede staatust ja võimalusi õdedega isiklikuks kontaktiks.

Kõik uuritavatega seotud andmed ja intervjuud salvestati parooliga kaitstud arvutisse, mida kasutab uurija ainuisikuliselt. Uuritavatele on tagatud anonüümsus. Töös ei ole välja toodud eraldi uuritavate vanust, osakondi ega tööstaaži, pidamaks silmas konfidentsiaalsust ja vältimaks identifitseerimist isikuliselt, vanuseliselt ning osakonniti. Nelja intervjuu teksti ümberkirjutamiseks diktofonilt kasutati kõrvalist abi, kuid eelnevalt instrueeriti abilist konfidentsiaalsusnõuetest ning temale ei olnud kättesaadavad intervjuueeritavate nimed ja muud tunnused, mis võimaldanuks uuritavaid mingil viisil identifitseerida. Uurimistööga mitte seotud isikutel puudub ligipääs nii paberkandjal olevatele materjalidele kui ka salvestistele.

4. TULEMUSED

4.1. Hoolivus kui hoiak

Selles tulemuskategooriasse on asetatud kõik tähendused, mis väljendasid õdede arusaamu hoolivuse kohta kas tunnetuslike, emotsionaalsete või käitumuslike väärtushoiakutena. Kirjeldatud kategooriad ei ole nähtavad ja osad arusaamad on abstraktsed, nagu sisemine tunne või vaimne hoiak. Selles, et hoolivus hakkab peale õe suhtumisest, olid veendunud kõik uuritavad. Õed kirjeldasid hoolivust läbi üldiste vaimsete väärtuste, ühiskonnas kehtivaid eetilisi norme ja tavasid silmas pidades. Kokku moodustus neli kategooriat: empaatia, lugupidamine, osavõtlikkus ja sisemine tunne (tabel 2).

Tabel 2. Hoolivust kui hoiakut iseloomustavad substantiivsed koodid ja neist moodustunud alakategooriad ja tulemuskategooria

Substantiivne kood	Alakategooria	Tulemuskategooria
Patsiendi olukorra mõistmine Patsiendiga arvestamine Patsiendist huvitatus Iseloomuomadus Inimlikkus Suhtumine	Empaatia Lugupidamine Osavõtlikkus Sisemine tunne	Hoolivus kui hoiak (A)

Empaatia

Selle kategooria alla on koondatud kõik kirjeldused, mis olid seotud patsiendi emotsioonide ja vajaduste tajumise ning mõistmisega. Küsides õdedelt, mida neile kui õdedele tähendab mõiste hoolivus, nimetati esimesena empaatilist olekut, empaatiat kui ühte õe töö põhiväärtust. Patsiendi mõistmine, tema tunnetest ja kannatustest aru saamine, soovide ja vajaduste mõistmine, kaastunne ja huvitatus tema käekäigu vastu.

"...see on väga palju seda empaatiavõimet mis peaks nagu õel ju olema, et ta mõistaks seda inimest..." (5)

"...Et ei ole ükskõikne inimeste vastu. Pead tundma muret, kuidas inimene on parasjagu selles olukorras." (4)

"...Inimene kes ise rääkida ei saa ja tema ainukene väljendusviis on tema silmad, tema ilme, tema miimika ja kirjutamine, siis meie peame tegelikult inimesele otsa vaatama ja nägema seda, et mis tunnetega tema parasjagu on." (3)

Õde näitab hoolivust sellega, kui tunneb huvi patsiendi käekäigu vastu ilma, et peaks midagi konkreetset tegema.

"... Et jah, sinu jaoks on võibolla palju tööd ja et sul on omad plaanid ,võibolla igakord ei sobigi sulle see mida ta tahab, aga kui nagu teise inimese peale mõelda siis, võibolla nagu mõistaks või nagu natuke prooviks mõista teda. See on väga pisikene asi tegelikult, mida me saaksime teha."(2)

"...Ma suudan selle inimese silmist lugeda, järelikult ma hoolin temast niivõrd palju, et ma ise suudan ennast niivõrd palju avada ja mõista seda ja lasta teda endale sisse. Ma ei tee seda puhtalt töö pärast."(3)

Uuritavate poolt toodi välja ka seda, et patsiendi käitumist ei tohiks võtta isiklikult ja hoolimata probleemidest peab alles jääma soov aidata. Patsiendi käitumist tuleb püüda mõista ja selgitada endale tema seisundit ja tausta.

"....Mul ei ole temast ükskõik, ma arvestan temaga ja tema tunnetega ja püüan mõista et ta on haiglas ja haige, et tal on halb olla ja et kuidas ma saaks teda aidata et tal parem oleks. Samas ma ei lähe ja ei ela tema peal ennast välja. Kui mulle keegi halvasti ütleb, siis mina ei võta seda üldse isiklikult."(7)

"...Isegi kui patsient käitub minuga ebaviisakalt ja ei arvesta minuga, pean ma jääma viisakaks ja kannatlikuks..." (8)

Ühe vastanu jaoks oli hoolivus see, kui ta tunneb, et patsiendil on hea olla.

"...Patsiendi vajadused sead enda omadest kõrgemale. Et kui sul on patsiendiga kõik tehtud ja siis et.... et tal on mugav ja tal ei ole otseselt sind sel hetkel vaja ja ta võib olla rahulikult pikali ja puhata, alles siis sa lähed sööma kui sul on patsiendiga kõik tehtud." (6)

Lugupidamine

Pea kõigi intervjuueeritavate arvates on hoolivus lugupidamine, patsienti võrdne väärikas, austav ja eelarvamusteta suhtumine. Üks uuritav tõi välja lisaks ka iseendast lugupidamise.

"See on ikkagi suhtumine inimesesse, selles mõttes, et lugupidamine on see üks asi ja kui (paus) ikkagi lugupidamine ja aitamine. See on ma arvan, üleüldse selline, see on iseendast ja teistest ka

lugupidamine. Sa suhtud ikkagi nii iseendasse kui teistesse sellisena, nagu sa tahaksid, et sinusse endasse suhtutakse.”(2)

“....et võrdselt suhtutaks kõigisse patsientidesse...”(3)

“Lugupidamine - ikkagi selles mõttes, et inimesega, esiteks kui temaga räägid siis sa pöördud tema poole, sa tutvustad ennast.” (4)

“Voodihaige inimene on ikkagi väga abitu ja temasse peab natuke delikaatsemalt suhtuma, et ta on haige, tema reaktsioonid võibolla ei ole päris sellised nagu me oleme harjunud. Ilma hinnanguta samas, peaksid kohtlema teda kui tavalist inimest.”(5)

Osavõtlikkus

Selle kategooria alla on paigutatud kirjeldused, mis on seotud emotsionaalsete hoiakutega ja ei ole otseselt käitumuslikud. Kaastundlikkus, südamlikkus, inimlikkus, omadus mis on igas inimeses olemas olid peamised väljendid, millega kirjeldati hoolivuse tähendust.

”Ma ei saa seda, ma ei saa hoolida kui ma ei tee seda hingega ja veel südamega.”(2)

“Mina paneks sinna hoolivuse tuumaks oma südamlikkuse.”(1)

”... see on sihuke nagu mingi põhiline, nagu mingi inimlik omadus, üks inimeseks olemise tunnuseid.” (2)

”Tegelikult hoolivus - mina võiks öelda, et inimlikkus ja tõmbaks sinna võrdusmärgi.”(1)

”Hoolivus on see, kui ma võtan teda (patsienti) kui tervikut, kuidas ta hakkama saab, kuidas ta ennast tunneb ja suhtun hingega tema probleemidesse.”(8)

Üks vastanutest märkis, et hoolivus on ka see, kui õde leiab aja patsiendi jaoks ajahetkel, kui just patsient seda vajab, nähes tema muret või vajadust saada informatsiooni tervise kohta. Oluline on see, et patsient saaks kohe küsida või ära rääkida teda vaevava probleemi kohta.

”...ma ei löö käega, et pärast räägime või las tohter räägib - ma arvan et see on ka hoolivus.”(1)

Sisemine tunne

Vaimne hoiak, tundmus, sisemine tunne, emotsionaalne side inimeste vahel: nii kirjeldasid hoolivust õed, kui pidid vastama küsimusele hoolivuse mõiste kohta. Kui esimesena vastati, et hoolivus kuulub õe igapäevatöö juurde või on õe kutse juurde kuuluv omadus, siis täpsustades vastust oli

enam kirjeldatud hoolivust kui tunnet, mis on tegelikult igas inimeses olemas ja mida on raske sõnadega edasi anda.

”..... hoolivus – see on nagu vaimne hoiak ta ei ole tegevus aga selline vaimne, mis seest nagu tuleb, et ”(1)

”See on minu jaoks loomulik, ma ei oskagi seda kirjeldada.”(4)

”Hoolivus on sisemine tunne, mis annab mulle positiivse energia oma igapäevatöö tegemiseks.”(9)

”See tuleb vist kuidagi juba nii iseenesest, et sa lihtsalt käitudki juba nii et sa ei mõtle selle peale et seda kuidagi mõtestada, sest igapäevatöös ta lihtsalt on.” (3)

Hoolivust kui laiemat inimestevahelist suhet, mis ei eksisteeri ainult õe-patsiendi vahel, kirjeldas üks intervjuueeritav alljärgnevalt:

”See on selline tegelikult mõiste mis on nagu väga lai mõiste, see ei ole mitte ainult haigla ja haiged inimesed, vaid see on üldse üks inimeste vaheline selline oluline asi. Et meil oleks omavahel lihtsam hakkama saada.”(2)

4.2. Hoolivus kui professionaalsuse alus

Nimetatud kategooriasse on grupeeritud kõik vastused, mis väljendasid hoolivust kui õe elukutsega seonduvat mõistet. Õe põhitegevus, õe kutsealased väärtused koos erialaste teadmiste ja oskustega moodustasid kirjeldatud tulemuskategooria. Siia on lisatud ka õdede poolt välja toodu, et hoolivus tähendab ka meeskonnatööd, muuhulgas ka kolleegist hoolimist ja abistamist.

Tabel 3. Hoolivust kui professionaalsuse alust iseloomustavad substantiivsed koodid ja neist moodustunud alakategooriad ja tulemuskategooria

Substantiivne kood	Alakategooria	Tulemuskategooria
Õe põhitegevus Õe erialased teadmised Õe erialased oskused Töö korralikult tegemine Oma tööst hoolimine Koostöö kolleegidega	Õe teadmised ja oskused Õe kutse väärtused	Hoolivus kui professionaalsuse alus (B)

Õe teadmised ja oskused

Leiti, et kui õel puuduvad vastavad teadmised ning kogemused, ei saa ta hooliv olla. Tehnilised oskused, teadmised ja kogemus aitavad õel väljendada hoolivust patsientide suhtes, mis kuuluvad õe kutseoskuste hulka ja on hoolivusega tihedalt seotud.

"...Kui õigesti tehtud mingi protseduur, see on mehhaaniline toiming muidugi, aga oleneb kuidas ma seda teen: /...../ see on ka hoolivus."(1)

"...Erialased teadmised ja oskused,... kui ma teen oma väheste oskuste tõttu tekitan patsiendile kannatusi, siis ma ei ole hooliv."(2)

"...Ka see, et õde oskab verd võtta. Kui ei oska siis valmistad patsiendile ebamugavust, pead mitu korda torkama ja teed talle haiget ja kui ei ole teadlik asenditest mis asendis ta peab olema ja haigele tekivad probleemid juurde siis see ei ole hea."(6)

Kolm uuritavat tõid välja, et ka see on hoolivus, kui õde patsiendilt tema tervise huvides kas nõuab midagi sellist mis patsiendile pole just kõige vastuvõetavam. Sellist tegevust pidasid õed oluliseks ja rõhutasid et siinkohal on kindlasti vajalikud õe teadmised. Õed pidasid tähtsaks patsiendi õpetamist tema tervisekäitumise osas, oma haigusega toimetulekul ja enese eest hoolitsemisel. Selgitamine, kuidas peale operatsiooni on vajalik asendi muutmine ja liigutamine, hoolimata sellest et patsient on hirmunud, kardab liigutada ja väldib seda, on üks viis hoolivuse väljendamiseks. Oluliseks peeti erinevate teadmiste olemasolu operatsioonijärgsetest tüsistustest.

"Kindlasti püüad patsiendiga rääkida ja selgitada talle, mis sa teed ja kuidas see tulevikus võib mõjuda."(5)

Hoolivus on ka see, kui õde patsiendi tervise huvides kas püüab veenda mingitest kahjulikest harjumustest (alkohol, suitsetamine) loobuma või mõjutab midagi sellist tegema, mis on patsiendile vastumeelne.

"...Kui ma sunnin patsienti sööma ja see on tema tervise huvides, siis ma ka selle tegevusega hoolin temast, tema tervisest. Mina ju tean, mis tähendab kui organism ei saa piisavalt vajalikke aineid, aga tema (patsient) ei pruugi sellest teada."(8)

"...Ja siin üks patsient on suitsetaja ja siis me rääkisime suitsetamisest ja ta ise leidis, et see on teda aidanud ja ta tunneb ennast hästi ja ei tahagi enam välja suitsetama minna."(2)

Ühe vastanu jaoks tähendas hoolivus ka seda, kui ta saab patsiendi heaks teostada protseduurid õigeaegselt, kõik vajalikud töövahendid on selleks olemas ja patsient ei peaks tundma, et midagi jääks tegemata. Siinkohal rõhutas õde, et see on meeskonnatöö, kus kõik tegutsevad ühise eesmärgi nimel. Hoolivust kui õdede ja muu personali vahelist koostööd nimetati veel ka teiste õdede poolt.

“Hoolivus on ka see, et oma töö juures ma siiralt iga päev tulen tööle ja loodan, et mul on kõik töövahendid olemas millega oma tööd hästi teha ja kiirelt teha. Mõnikord ju juhtub see, et ma teeks heameelega mingid asjad või protseduurid ära aga ei ole võimalik neid teha. Aga kannatavad jällegi meil patsiendid sellepärast, et nende protseduurid lükkuvad teadmata ajaks edasi nii kaua kui tuleb inventar selliste asjade jaoks. Et kõik sujuvalt toimiks, see on see et kogu meeskond peab tegutsema kõik ühe eesmärgi nimel.”(3)

“...Ja see on hoolivus, kui ma lähen oma kolleegile appi mingis situatsiooni ütleme, et no ta füüsiliselt ei jõua või tõesti on nii palju korraldusi antud. See on temast hoolimine ja ka patsiendi eest, et see nagu tuleb isegi topelt. See koostöö – see meeskonnatöö, et see on see hoolivus jällegi.”(9)

Kutsealased väärtused

Õe töö on see, mis nõuab hoolimist inimesest, peab olemas olema soov aidata ja huvi tulemuste vastu ja ilma milleta ei ole võimalik oma tööd hästi teha. Õe igapäevane töö, mis sisaldab patsiendi seisundi jälgimist ja protseduuride tegemist, nende soorituse õigeaegsust ja seejuures ka tehnilised oskused – see oli enamuse vastanute arusaam hoolivusest õe töös. Hoolivus tähendab olla heade erialaste oskustega, et mitte tekitada patsiendile täiendavaid kannatusi. Mida toodi aga välja kõigi vastanute poolt, oli rõhutamine hoolivust kui õeks olemise juurde kuuluvat nähtust, mida on raske sõnastada.

“...See on nagu mingi professionaalne hoolivus, muidu sa ei saaks õena töötada.” (7)

“Hoolivus käib kokku õe tööga. Tänu sellele sa teedki neid asju õigesti.”(7)

“Minu arust see meie töö ongi üks suur hoolivus haigete suhtes...”(1)

”See kogu igapäevatöö ja tegevus - see käibki kõik ju läbi hoolivuse tegelikult.”(2)

Vastajad tõid välja ka selle, et kui poleks hoolivust, ei teeks õed oma igapäevatööd nii, nagu seda on koolis õpetatud ja samal ajal arvestaksid patsiendiga.

“...Õeks õppima lähevad ikkagi need inimesed kellel on seda empaatiat.”(5)

”See pole lihtsalt tööl käimine. Kui sa oled õde ja teed oma tööd siis see (hoolivus) on viis, kuidas sa oma tööd teed.”(9)

“See on kindlasti teadlik olemine asjadest ja kuidas asjad käivad. Sinna alla läheb minu arust ka see eetika ja moraal, et sa tead kuidas on õige ja kuidas peaksid ja siis sa nagu tajud ja vaatad mis see patsient on ja igaüks neist on erinev. Koolis võib sulle küll õpetada et sa pead mingit asja tegema, aga sa pead seda kõike kohandama vastavalt patsiendile. Aga see on nagu see, et sa pead arvestama iga asja.”(7)

4.3. Hoolivus kui patsiendi eest hoolitsemine

Tulemuskategoorias, mis kirjeldavad hoolivust kui patsiendi eest hoolitsemist, kajastuvad õdede arusaamad hoolivuse väljendamisest rohkem tegevusena. Samas on selle kategooria alla paigutatud ka arvamused, mis väljendavad hoolivuse väljendamist mitte otseselt, vaid rohkem patsiendi poolt tajutava tegevusena. Kohal olemine, emotsionaalne toeks olemine ja patsiendi tervise eest hoolitsemine mitte konkreetsete protseduuride läbi, vaid patsiendi nõustamise ja õpetamisena.

Tabel 4. Hoolivust kui patsiendi eest hoolitsemist iseloomustavad substantiivsed koodid ja neist moodustunud alakategooriad ja tulemuskategooria

Substantiivne kood	Alakategooria	Tulemuskategooria
Rääkimine patsiendiga Füüsiline puudutamine Toeks olemine Patsiendi eest hoolitsemine Patsiendile turvatunde tagamine	Suhtlemine Toetamine ja abistamine Turvalisuse ja heaolutunde tagamine Olemas olemine	Hoolivus kui patsiendi eest hoolitsemine (C)

Suhtlemine

Suhtlemist kui ühte hoolivuse väljendamise viisi nimetasid kõik uuritavad. Suhtlemisel patsiendiga rõhutati viisakat suhtlemist ja kindla eesmärgiga suhtlemist. Erinevused tulevad suhtlemise eesmärgist ja suhtlemisviisist, kas verbaalne või mitteverbaalne. Põhirõhk oli sellel, et patsientidega tuleb palju suhelda ja oluline on seejuures see, mida ja kuidas õde patsiendiga räägib. Sõbralik hääletoon, pilk ja sinna juurde kerge puudutus olid põhilised, mida õdede poolt nimetati. Rääkimine patsiendiga annab nii õele kui patsiendile rahulolutunde.

“Kui ma saan sellele vanainimesele ennast pakkuda temaga rääkida ja rääkimine tõesti aitab palju rohkem, siis see on sihuke psüühiline tugi nagu inimesele ja siis ma näen ise ka et ma hoolin temast hoopis rohkem.”(5)

”...Ta oli nii ehmunud näoga ja ma võtsin vaikselt ta õlast nagu toetades kinni, et lähme voodisse ja võtame riidest lahti ja siis ma nägin et patsiendil pinget langes. Ma arvan et see oli hoolivus, ta vajab seda, ta tundis seda. Et mitte külmalt näidata näpuga, et minge voodisse ja kõik, vaid seletada talle.”(1)

“Aga hästi sageli piisab ka sellest heast pilgust - vaatad talle otsa, naeratad korra ja...”(4)

Suhtlemine patsiendiga kui informatsiooni andmine või ette valmistamine millekski:

”Hoolimine hakkab juba sealt pihta, näiteks et sa kõigepealt see protseduuri tegemine on üks asi, aga et inimesega nagu eelnevalt rääkida, kokku leppida, teda informeerida. Et inimest nagu ette valmistada selleks et mis teda juba ees ootab.”(2)

Suhtlemine ja info andmine mitte ainult patsiendile, vaid ka perele:

“...Mida rohkem sa saad seda (infot) omastele anda siis tegelikult see ongi ju hoolivus.” (5)

Mitteverbaalne suhtlemine, nagu puudutus, kerge füüsiline kontakt patsiendiga, käe hoidmine, higi pühkimine, pea silitamine ja käe õlele panemine muude tegevuste juures on uuritavate arvates üks enam nimetatud viis hoolivuse näitamiseks. Puudutust nähti kui kõige lihtsamat viisi hoolivuse väljendamisel, mis on nii rahustamise, lohutamise kui oma suhtumise näitaja.

“...Samas on see käe hoidmine, pea silitamine, kõik see, tegelikult hoolivus.”(4)

“Kui me räägime eakatest inimestest siis kindlasti nad tunnevad väga head meelt kui paned lihtsalt käe õla peale või kui ma lihtsalt istun maha ja me saame rääkida silmast-silma niimoodi et ta saab mind usaldada... ja siis see kindlasti aitab.”(5)

“Ma arvan, et ükskõik mis vanuses patsient on, kui tal on raske, paha olla või mingisugune suur protseduur mida ta kardab, kui sa ikka võtad sellel inimesel käest kinni siis see ja mida rohkem sa inimesele räägid ja seletad seda mis temaga toimub sellel ajal, kuidas ta peab hingama ja mis iganes, see on rahustav.”(3)

Puudutamise suhtes leidis üks uuritav, et kuigi see on hoolivuse näitamisel oluline, tuleb sellesse suhtuda ettevaatlikult ja eelnevalt selgitada, kas see ikka patsiendile meeldib. Lähtuvalt patsiendist leitakse viis oma hoolivuse väljendamisel.

“...Siis et.....oleneb olukorrast, ma arvan et sa ei peagi midagi ütlema, /.../ et noh see nagu kehakeel ja nagu tõesti, et paned kasvõi käe õla peale. See oleneb muidugi patsiendist igaüks ei taha seda ja kõigile ei meeldi selline mittesõnaline või siis sõnaline tegevus. Jah, ma ei tee asja nagu robot vaid ma hoolin temast, ma tahan et tal läheks hästi, et oleks võimalikult mugav.”(7)

Olemas olemine

Õdede poolt toodi välja hoolivusena ka patsiendi jaoks olemas olemist, kohalolekut. Olla olemas ei tähenda mitte ainult füüsilist patsiendi juures, vaid ka laiemas mõttes, nii et patsient ja pere tunnetaks õe valmisolekut ja olemasolu.

“Hoolivuse sisu on see, et sa oled tema jaoks olemas.”(7)

“Piisab näiteks tõesti mõnikord otsa vaatamisest, et rohkemat ei ole mitte midagi vaja.”(3)

“Siis et.....oleneb olukorrast, ma arvan et kõige suurem on samas ka see asi et sa ei peagi midagi ütlema. See oleneb muidugi patsiendist.”(4)

“Mul peab olema valmisolek olla patsiendi jaoks olemas igal ajal, siis kui ta mind vajab. Ma leian tema jaoks alati aja.”(9)

Toetamine ja abistamine

Siinkohal leiti, et nii füüsiliste kui psüühiliste vajaduste rahuldamine on peamine viis hoolivuse näitamiseks. Üks vastanutest pidas oluliseks ka seda, et usuliste rituaalidele tuleb tähelepanu pöörata. Valdavalt rõhutati siiski füüsiliste vajaduste rahuldamist.

“Hoolivusest nagu kõige tähtsamaks on õe juures enam mitte käeline tegevus, vaid just see, et ma istuksin selle patsiendi kõrval, annaks talle juua, toidaks ja räägiks temaga, see on nagu selline suurem eesmärk.”(4)

“.....üks patsient siis oli intubeeritud ja tal oli voodi küljes mingi rist,..... nii kurb oli kogu see asi seal siis, et kui me tegime seal korrastust ja olime seal siis alati panime need asjad tagasi. Ma saan aru küll et see inimene ise ei näe neid asju aga noh, mine sa tea, aga ehk tunnetab mis asjad seal on. Ja kes tulevad,, vaatavad ka et asjad on seal ja võib-olla on inimesel siis parem olla.”(7)

Oma kohalolekuga toetamine, mis alati ei tähenda patsiendi voodi kõrval istumist, vaid õde väljendab seda oma sõnade, käitumise ja kehakeelega. Õdede jaoks oli tähtis, et patsienti ei jäetaks oma haiguse ja probleemidega üksi:

“Üldiselt tegelikult inimesed tahavad, et sa seal olemas oled, et nad kardavad olla üksinda ja sa siis seal vaatad ja ütled et oled olemas, isegi kui sa mind ei näe siis ma olen siinsamas nagu, nad ei taha olla üksinda. Nad kardavad.”(4)

Toetamist ja abistamist hoolivuse näitamisel ei peetud silmas ainult patsiente. Kuue vastaja arvates on hoolivus ka see, kui abistatakse kolleegi või pakutakse talle emotsionaalset toetust.

“Kui ühel on raske ja asi kontrolli alt ära läheb olgu siis intensiivis või teisel poolel siis ikka minnakse üksteisele appi. /...../ Ja ma vaatan ka siin et teinekord on ikkagi kellelgi vaja graafikuga tulla teineteisele vastu, /...../. See on samamoodi hoolivus. On keegi kuskil natukene tõbine või kasvõi need isiklikud probleemid näiteks. Tegelikult personal kasvab niivõrd kokku et see ka näitab hoolivust.”(3)

Turvalisuse ja heaolutunde tagamine

Patsiendile võimalikult koduse ja mugava keskkonna loomine:

“Et sa üritad midagigi niimoodi teha, et nad ei tunneks seda, et nad on kuskil päris haiglas nelja seina vahel, et mingisugused sellised kodused nipid või asjad, et tõesti mingil imelikul kellaajal nemad on harjunud teed jooma, siis võimalus, et sa sellel kellaajal viidki neile selle tee.”(3)

Patsiendile valu ja ebamugavuse tekitamise vältimine oli see, mida uuritavad nimetasid hoolivuse väljendamisena.

“...ja ma kaitsen teda, et tal ei oleks valus, ma ei lase talle teha seda valulikku protseduuri enne, kui ta saab valuvaigistit.”(1)

Üks vastanutest nimetas hoolivuse näitamisena ka seda, kui ta jälgib et kolleegide poolt ei tehtaks ravivigasid, näiteks nagu õde manustab patsiendile vale ravimi.

“Võib juhtuda ta saab oma süsti valesti. /...../ Samas on ju see, et ma ju hoolin sellest patsiendist, et rohkem seda viga ei tekiks. Kõik on hästi niikaua kui inimene - patsient selle all ei kannata.”(3)

Hoolivuse näitamine on ka see, kui õde kaitseb patsienti olukorras, kus arst on määranud ravimi manustamise viisi, mida õde peab patsienti kahjustavaks:

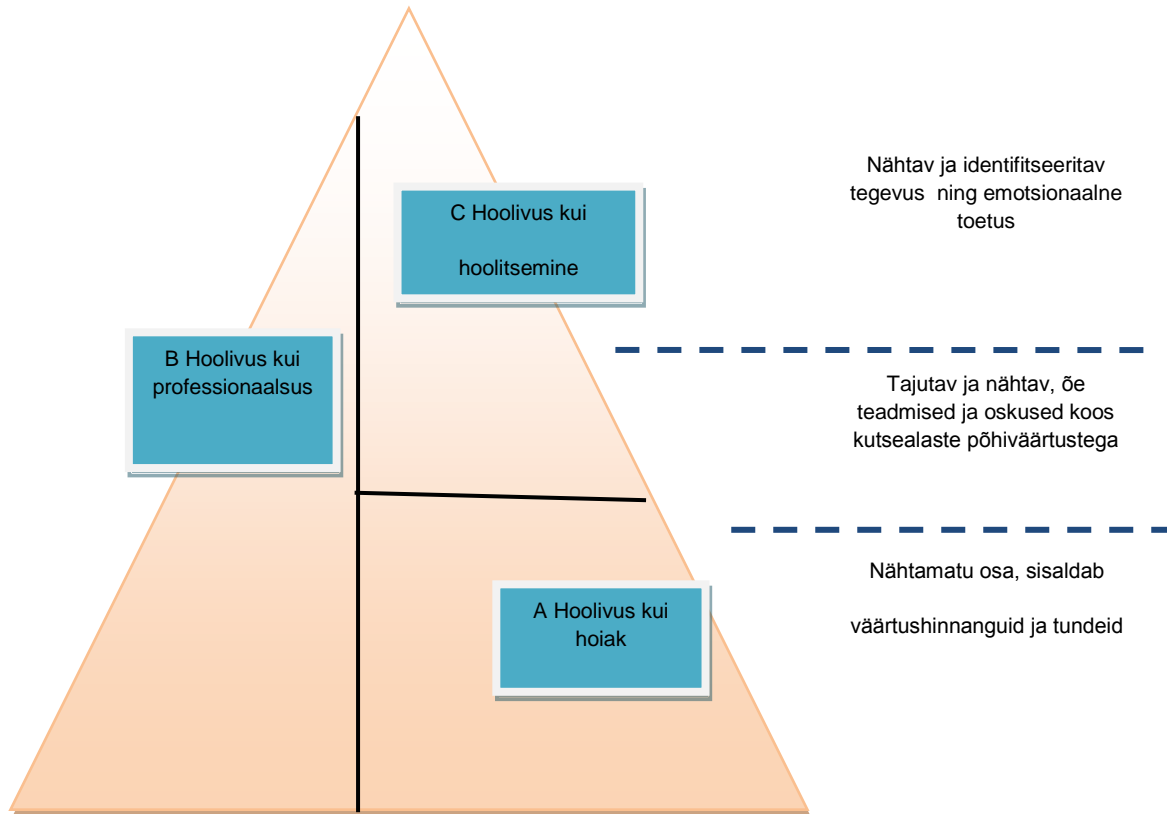
“...Ma ei saa lubada seda, kui me teame, et patsiendil on niigi halvad sooned, arst ju seda ei näe, aga õed näevad seda igapäev ja see näitab hoolivust. Sa näed, et kui arst on teinud vea, siis sa juhida tähelepanu sellele et vaadake te ei saa praegu seda niimoodi teha. /.../ Et selle tagajärg on siis see ja see.”(3)

Väga tähtis on õdede jaoks patsiendi hirmude vähendamine ja julgustamine ning pinge maandamine erinevates olukordades.

“...Mina võin oma piirides talle rääkida, et tema hirmusid võibolla natuke nagu vähendada.”(1)

“Meie peame seda hirmu tal ära võtma ja näitama ja aidata sellest välja tulla hirmust ja näidata, et see haiglas olemine, see on ajutine, see on selleks et teda aidata.”(1)

4.4 Õdede arusaamad hoolivusest: Tulemuste ruum



Joonis 1. Õdede arusaamad hoolivusest: Tulemuste ruum

Uurimistöö tulemused esitatakse läbi kolme tunnuse – hoiak, professionaalsus ja hoolitsemine ning on esitatud tulemuste ruumina (joonis 1) hierarhilisel tasandil. Taolist kirjeldust on kasutatud seetõttu, et arusaamade kategooriad eristusid üksteisest kvalitatiivselt, kuid samas ei ole nad võrdse tähtsusega, vaid on omavahelises seoses. C-kategooria ehk hoolivus kui hoolitsemine haarab endasse ka A- ja B. kategooriad, vastavalt hoiakud ja professionaalsuse. Tulemuste ruumi on kujutatud kui püramiidi, mis koosneb kolmest osast ja millel on omakorda kolm tasandit. Tasandid jagunevad a) nähtamatuks, b) vahepealseks, mis on tajutavaks ja osaliselt nähtav ning c) selgelt tuntav ja nähtav tasand. Püramiidi kolm osa on eelpool nimetatud tulemuskategooriad.

Arusaam hoolivusest kui hoiakust on kõige aluseks, sisaldades tundeid ja väärtushinnanguid, mis on inimeses olemas ja kaasa saadud lapsepõlvest. Hoiakud ei ole otseselt nähtavad, vaid väljenduvad pigem tunnetusliku, emotsionaalse või käitumusliku reageeringuga. Hoolivus kui professionaalsus sisaldab õe teadmisi ja oskusi koos kutsealaste põhiväärtustega ning nimetatud kategooria toetab mõlemat ülejäänud kategooriaid, nii hoiakuid kui hoolitsemist. Pole võimalik olla professionaalselt hooliv ilma erialaste teadmisteta ja pühendumiseta. Kolmas kategooria, hoolivus kui patsiendi eest hoolitsemine on nii nähtav kui identifitseeritav, võib väljenduda kas konkreetsete tegevuste kaudu või emotsionaalse toetusena, mistõttu eristub selgemini teistest.

5. ARUTELU

Magistriõõ eesmärk oli uurida õdede arusaamu hoolivusest. Uuritav teema on õenduses alati aktuaalne olnud ning aktiivsemalt on teema olnud uurijate vaateväljas juba möödunud sajandi 80-ndatest aastatest alates. Eestis ei ole varasemalt õdede arusaamu hoolivusest uuritud. Uurimustes sageli ei eristu õdede arusaamad tegevustest või seda on raske märgata, mis võib olla takistuseks hoolivusest arusaamisel. Kuigi hoolivust kirjeldatakse peamiselt tegevuste kaudu, väljendub selgelt arusaam, et hoolivus on midagi enamat kui lihtsalt õe igapäevane tegevus patsientidega. Õed on ühtsel seisukohal, et hoolivus on „miski, mis kuulub õe töö juurde“. Suurem variatiivsus ilmneb valdkondades, mis puudutavad patsiendisse suhtumist ja tema heaolu eest seismist, vähem nähakse hoolivust kui õe kutseväärtust. Probleemile on juhtinud tähelepanu Chiovitti (2008), kes leiab, et hoolivuse mõiste on raskesti arusaadav, abstraktne ja ebamäärane, isegi nähtamatu. Üheks põhjuseks toob ta selle, et õed ise ei pööra sellele tähelepanu, ei teadvusta seda endale ja ei dokumenteeri oma tegevust nii, et hoolivus oleks nähtav. Sellest ka abstraktsus ja segadus mõiste kirjeldamisel. Kui Morse jt (1990) tõid esile asjaolu, et hoolivust on raske kirjeldada ja defineerida mõistete paljususe tõttu, siis kümmekond aastat hiljem pole see probleem kuhugi kadunud.

Intervjuu alguses väljendasid uuritavad raskust hoolivuse kirjeldadamisel ja sõnadesse panemisel, kuna varasemalt polevat nad selle peale üldse mõelnud. See võib olla ka üheks põhjuseks, miks ei vastatud uuringusse kutsumise e-kirjadele. Probleemile vaatamata kujunes lõpuks andmebaas, mis võimaldab anda ülevaate hoolivusest Kliinikumi õdede hulgas. Õed on arvamusel, et teemat on vajalik teadvustada ja sellest rohkem rääkida. Osad uuritavad kinnitasid, et intervjuu käigus oma mõtteid hoolivusest väljendades mõtlesid nad sellele esimest korda ja tegelikult oli see väga huvitav kogemus. Sellest võib järeldada, et õed ei mõtle hoolivusele igapäevatöö käigus kui oma eriala põhiväärtusest ja näitab, et teema käsitlemine on oluline. Samas, kuna tulemused on kooskõlas uurijate (Morse jt 1990, Brilowski ja Wendler 2005, Finfgeld-Connett 2008) seisukohtadega hoolivusest, võib väita, et Kliinikumi õed on hoolivad ja väljendavad seda ka oma igapäevatöös.

Ennekõike tähendab hoolivus õdedele hoiakut ja suhtumist, mis on empaatiline, lugupidav, osavõtlik ja toetav. Empaatiavõime kirjeldamisel on kasutatud erinevaid väljendeid, nagu kaastunne,

patsiendiga arvestamine, patsiendi soovide mõistmine ja mõistev suhtumine. Uuritavad ei väljendanud empaatia kirjeldamisel seisukohti, mis näitaks tasakaalu säilitamist empaatia väljendmisel, mida Leininger (1988) ja Swanson (1991) rõhutavad kui ühte olulist osa professionaalses hoolivuses. Kindlasti ei saaks õde abistada patsiente, kui läheks kaasa liigselt patsientide emotsioonidega, samas ilma empaatiata ei saa hooliv olla. Uuritavad kirjeldavad empaatiat üldisemalt, analüüsimata enda emotsionaalsust. Ainult üks vastanu tunnistas, et tema lasteosakonnas ei saaks töötada, kuna ei suuda taluda laste kannatusi. Empaatiavõimet kui hoolivuse sünonüümi on kirjeldatud kõigi uuritavate poolt ja saadud tulemus ühtib paljude uurijate (Forrest 1989, Swanson 1991, Dysoni 1995, Yam ja Rossiter 2000, Wilkin ja Slevin 2004, Liu 2004, Pearcey 2010, Meng jt 2011) tulemustega. Kuigi uurimustes ei väljendu empaatia mõiste otseselt alati kõigis töödes, on selle elemendid enamustes hoolivuse käsitustes olemas.

Hoiakute kujunemine algab lapsepõlves ning on muutuvad vastavalt kogemustele. Hoiak ja suhtumine on omavahel seotud, kuna hoolivus ja selle väljendumine sõltub otseselt õe suhtumisest oma töösse ja patsienti. Hoiakud toetuvad valdavalt kogemustele, tunnetele ja tõekspidamistele ja peegeldavad suhtumist. Käesolevalt mõistavad intervjuueeritavad suhtumist siiski rohkem kui käitumisladi, mitte kui mõtteviisi. Üldiselt hoiak pole nähtav, küll aga tajutav ja tuntav, mis võibki olla üheks põhjuseks, miks õed kirjeldavad hoolivust rohkem läbi suhtumise. Suhtumises patsienti rõhutatakse eelkõige lugupidamist ja tähelepanelikkust. Privaatsuse tagamist ja väärikat kohtlemist lugupidava suhtumise juures nimetatakse vähem. Mitme õe poolt kõlab küll mõte, et patsienti tuleb kohelda nii, nagu soovid sind ennast koheldavat, kuid rohkem peetakse silmas patsiendi heaolu. Siinkohal saab mõningaid paralleele tuua Hiina õdedega (Meng jt 2011), kelle töös on sügav inimlikkuse tunnetamine esikohal. Käesoleva töö uuritavate seas väljenduvad üldinimlikud väärtused pisut nõrgemalt, kuid on siiski nimetatud. Võimalik, et siinkohal mõjutab arusaamist kultuuridevaheline erinevus, kuna Hiinas baseerub õdede õpetamine konfutsianismile, mis seab esikohale lahkuse, aupaklikkuse, õigluse, inimlikkuse ja austuse teise inimese suhtes.

Osavõtlikkus, sõbralikkus, südamlikkus tähelepanelikkus on need tunnused mis väljendavad õdede arusaamu hoolivusest sarnaselt mujal maailmas tehtud uurimustega. Roach (2002) kirjeldab osavõtlikkust kui empaatiat, kuid käesolevalt mõistavad uuritavad osavõtlikkuse all eelkõige

huvitatust patsiendist, inimlikku omadust, mis suunab õde tema töös. Hoolivust kirjeldatakse kui „sisemist tunnet“ mida on raske seletada, kuid mis on õe tööle väga iseloomulik. Igapäevatoos toimub hoolivuse väljendamine sageli teadvustamata ja intuiitselt, tuginedes kogemustele. See väljendub ka vastustes, kus hoolivust kirjeldatakse kui sisemist tunnet ja loomulikku, igas inimeses olevat omadust, kuid mida oli raske sõnadega edasi anda. Endale teadvustamata tehakse igapäevaselt otsuseid või käitatakse spontaanselt, mis tunduvad antud olukorras õiged ja sellist käitumist ei saa pidada valeks. Kuna intuitsioon põhiolemuselt on seotud kogemustega, tuleb see eriti kasuks olukordades, kus on vajalik teha kiireid otsuseid.

Kõik uuritavad leiavad, et hoolivus on midagi sellist, mis kuulub õe elukutse juurde. Et olla hooliv, on vaja mõlemaid komponente, nii hoiakut kui professionaalsust. Pühendumus, mida õed väljendavad kui oma töö hingega tegemist, töö korralikult tegemist ja oma tööst hoolimist, on üks osa kutseväärtustest. Tulemused kinnitavad Leiningeri (1988) ja Swansoni (1991) öeldut, et hoolivuseks peab olema eelkõige pädevus, pühendumus, professionaalsed oskused ja vastavad tingimused, mis toetavad tegevuste läbiviimist. Hoolivuseks nimetatakse ka meeskonnatööd, üksteise abistamist ja toetamist rasketes olukordades. Uuritavatest mõned küll väljendavad tervikliku lähenemise mõtet, kuid täpsustamisel piirdub arusaam ikkagi valdavalt hoolitsemise tegevustega. Lähtudes Watsonist (1988), kes leiab et hoolivuse võtmeelement on inimlikud väärtused ja uskumused ning patsienti nähakse kui tervikut õe-patsiendi vahelises koostöös, kus patsienti väärtustatakse kui inimest, siis käesolevas uurimuses rõhutatakse koostöö aspekti ainult personali omavahelises suhtlemises. Kuigi suhtlemist õe-patsiendi vahel rõhutatakse ja seda peetakse väga oluliseks, ei tule esile kaasatust ja patsiendi arvamusega arvestamist. Ükski uuritavatest ei maini patsiendi arvamuse küsimist, millest võib järeldada, et otsuse vastuvõtmine millegi suhtes on pigem õe individuaalsetest arusaamadest lähtuv. Samuti leiavad õed, et nemad kui professionaalid teavad paremini, mis on patsiendile kasulik.

Hoolivuse kirjeldamisel rõhutavad õed teadmiste ja oskuste olulisust, mis on professionaalsele käitumisele omane. Töö teoreetilises osas on kasutatud mõisteid professionaalne hoolivus ja professionaalne õendus. Antud toos mõtlevad uuritavad eelkõige õe kutsega kaasnevat erialast pädevust ja hoolivust nähakse eelkõige kui patsiendi eest hoolitsemist. Kõik patsiendid vajavad, et

nendega tegeletakse, seda tehtaks lugupidavalt ja sõbralikult ning professionaalselt ja seda ka uuritavad rõhutasid. Leitakse, et hoolivust saab väljendada käitumise, tunnete väljendamise ja patsiendi eest hoolitsemise tegevuste läbi. Tulemustes kerkib esile eelkõige patsientide vajaduste rahuldamine, mis ühtib Clarke ja Wheeleri (1992) tulemustega. Õe tegevus sisaldab teatud toiminguid ja vastastikust suhtlemist õe ja patsiendi vahel, seda nii põhivajaduste kui ka eesmärgipäraste tegevuste fookuses. Tegevused võivad olla erinevad, sõltuvalt patsiendi individuaalsetest vajadustest ja õe viisist seda teha. Tulemused kattuvad Leiningeri (1988) üldisemale määratlusele hoolivusest, kus tegevuse eesmärgiks on patsiendi heaolu. Tuginedes Martoni (1981) ütlusele, et inimese nähtusest arusaamine ja kogemine on seotud tema käitumisega, võib siinkohal öelda, et kui õed mõistavad ja kogevad hoolivust sarnaselt, siis on ka nende käitumine vastavas situatsioonis sarnane ja vastupidi. Kui õde näeb hoolivust ainult kui patsientide vajaduste rahuldamist, siis sellele ka keskendutakse.

Olemas olemine tähendas uuritavate arusaamades nii füüsilises kui vaimses mõttes patsiendi jaoks olemas olemist. Viimase all mõtleavad õed emotsionaalset toetamist, oma hoiakuga seda väljendades. Olemas olemine tähendab kogu oma olekuga patsiendile mõista andmist, et õde on see inimene, kelle poole patsient võib alati pöörduda. Uuritavate jaoks tähendab olemas olemine nii patsientidele kui kolleegidele. Positiivsus, huvitatus, teadlik olemine patsiendist ja tema tõekspidamistest on ka enim kirjeldatud tunnused maailmas tehtud uuringute tulemustes, kuid esineb ka erisust. Kolleegide jaoks olemas olemine tähendab meeskonnatööd ja olemasolemine kehtib eelkõige patsientidele pühendumist. Varasemates uurimistöödes (Liu 2004, Hall ja Hoy 2012, Andersson jt 2015) kirjeldatakse olemas olemist muuhulgas patsiendi tõekspidamiste ja otsuste austamisega, isegi siis kui need pole kooskõlas õe arvamustega, kuid käesoleva uurimistöö tulemustes seda selgelt ei väljendunud.

Patsiendiga suhtlemine on võrdselt tähtis kõigi uuritavate jaoks. Igasugune suhtlemine, nii verbaalne kui mitteverbaalne leiab ära märkimist, kuid rohkem rõhutatakse vahetu suhtlemise olulisust. Patsiendi õpetamine, informatsiooni andmine ja oma kohaloleku näitamine kas naeratuse, puudutuse või paari sõnaga on enam nimetatud tunnused hoolivuse väljendamisel. Küll aga ei väljendata suhtlemist pereliikmetega kui hoolivust. Suhtlemise kõrval on nimetatud ka toetamist ja abistamist,

mis Kliinikumi õdede arvates on üks peamisi hoolivuse väljendamise viise. Siinkohal mõtlevad õed rohkem kindla eesmärgiga tegevusi, millega kaasneb suhtlemine. Pereliikmetega suhtlemist hoolivusena mitte näha võib olla tingitud meie tervishoiusüsteemist tulenevalt, kus põhiliselt suhtleb patsiendi lähedastega raviarst. Otsides seoseid käesoleva magistritöö raames saadud tulemuste ning teoorias käsitletu vahel, siis võib järeldada, et suuremal määral kattuvad Kliinikumi õdede arusaamad varasemalt läbi viidud uurimustega mujal maailmas.

Töö kitsaskohana toob autor välja tuua raskused uuritavate värbamisel, mis võib jätta kahtluse uuritavate mõjutamises ja uuritavate arvu. Kuna metoodika eeldab variatiivsust, siis saab küsida, kas üheksa uuritavat tagavad piisava variatiivsuse. Siinkohal kinnitab autor, et uuritavad osalesid uurimuses vabatahtlikult ja väljendasid seda nõusolekulehel allkirjaga. Üheksa uuritavat osutus piisavaks, et tagada andmete küllastatus, kuna metoodikale vastavalt ei ole tähtis mitte uuritavate arv, vaid osalejate erinevad kogemused ja variatiivsus. Käesolevas uurimuses osalenud õed olid kõik erineva kogemusega ja tundsid piisavalt hästi oma töö valdkonda, kuid uuritava nähtuse kirjeldamisel oldi siiski suhteliselt sarnaste arusaamadega. Kuna autoril puudus intervjuude läbiviimiseks varasem kogemus, võis see mõjutada andmete kogumist ja teemaga süvitsi minekut. Uuritavad esindasid vaid ühte asutust, seega saab järeldused teha piiratult, ainult Kliinikumi põhjal ja ka see võib tulemusi mõjutada.

Arusaamad hoolivusest ja selle väljendamisest annavad olulise teabe hoolivuse õpetamisel. Kuna hoolivust on võimalik õppida ja õpetada, on siinkohal võtmeroll nii õppejõududel kui juhendavatel õdedel. Samuti on saadud teave oluline õenduspraktika arendamiseks patsiendikesksele õendusele. Paljud tõekspidamised, millel põhinevad inimeste arusaamad ja hoiakud õdede käitumise kohta, on määratud ära kutseala siseselt ja uskumustega sellest, mida on meie ühiskonnas juba ammu ja alati õele kohaseks peetud. Ettekujutus tüüpilisest halastajaõdest on püsinud muutumatuna, õde on isik kes on hooliv, kuulekas ja alati patsienti abistav. Teine levinud arvamus on see, et õde täidab arsti korraldusi, teostades protseduure või manustades ravimeid. Taolised stereotüübid asetavad õed kui hooliva elukutse esindajad sageli keerulisse olukorda. Patsientide ootused õendusabile on kõrged ja rahulolematust võib tekkida erinevatest ootustest õele. Igal inimesel on olemas kaasasündinud võime hoolida, mis võib avalduda erinevalt ja on mõjutatud elukogemustest. Sellest tulenevalt saab väita,

et ka õed on üksteisest erinevad. Ühed juhinduvad oma töös isiklikest arusaamadest ja kogemustest, teised seavad esikohale kutseväärtused ning –eetika. Nagu ka uurimistöö tulemustest järeldub, on õdede arusaamad hoolivusest üldjoontes sarnased, kuid väljendusviisid varieeruvad. Osad hindavad professionaalseid teadmisi ja oma töö korrektset teostamist, kuid mõnede õdede jaoks on peamine patsiendi heaolu ja turvatunne.

Eestis pole taolisi uurimusi varem läbiviidud, mistõttu võib käsitleda käesoleva magistr töö tulemusi kui esmast ülevaadet õdede arusaamadest hoolivusest ja selle väljendamisest. Saadud teadmised loodetavasti suurendavad õdede teadlikkust hoolivusest ja annavad aluse edasisteks uurimusteks hoolivuse teemal. Kuna uuritavate valik piirdus Kliinikumiga, soovitab autor viia läbi samalaadne uuring Eesti õdede hulgas laiemalt. Kuigi teemat on maailmas palju uuritud, ei olda päris ühtsel seisukohal mõiste defineerimisel ja omaduste kirjeldamisel. Mõisteanalüüs hoolivuse kohta võiks küll kasuks tulla, kuid mõiste seesmise keerukuse tõttu võib see jääda sarnaselt varasematega üldsõnaliseks. Objektiivse info saamiseks tegelikust hoolivuse väljendamisest igapäevases õenduspraktikas sobib vaatlus, mis kinnitaks käesoleva uurimuse tulemusi. Seega, hoolivuse mõiste vajab edasist uurimist, nii kvalitatiivsel kui kvantitatiivsel meetodil, mis võimaldab saada suurema arvu uuritavaid ja ei piirduks ühe asutusega. Teadlikuks hoolivuse väljendamiseks peaks oskama eristada kogemusi ja arusaamu, milleks on vajalik mõistmine. Kogemusest õppimine on võimalik juhtudel, kui kogemust analüüsitakse ja antakse sellele tähendus. See toob kaasa muutuse arusaamades, tõekspidamistes, hoiakutes ja tegevustes.

6. JÄRELDUSED.

Teemat on uuritud erinevates riikides nii kvalitatiivse kui kvantitatiivse metoodikaga, kuid ühist vaatekohta hoolivuse mõiste defineerimisel pole suudetud saavutada. Uurijad on üksmeelel, et hoolivus on kombinatsioon hoiakutest ja tegevustest ning kutseala lahutamatu osa. Tartu Ülikooli Kliinikumi õdede arusaama hoolivusest saab kirjeldada läbi kolme, üksteisest sõltuva valdkonna läbi: hoolivus kui hoiak, hoolivus kui professionaalsuse alus ja hoolivus kui patsiendi eest hoolitsemine. Õdede arusaamad hoolivusest kattuvad suurel määral teistes riikides läbi viidud uurimustega.

Hoolivust väljendab õde oma igapäevatöö tegevuste kaudu ning seda toetavad positiivne suhtumine ja isikuomadused. Õed väljendavad hoolivust kohaloleku, empaatilise ja lugupidava suhtumise, suhtlemise, patsiendi ja tema pereliikmete toetamise ning abistamise ja neile heaolu ning turvatunde tagamisega. Hoolivuse väljenduseks on ka professionaalne tegutsemine ning meeskonnatöö.

Lähtuvalt fenomenograafilisest lähenemisviisist on õdede ühine arusaam hoolivusest esitatud hierarhilises suhtes tulemuste ruumis. Aluseks, mille peal on kõik üles ehitatud, on hoiak, mis pole alati märgatav, kuid ilma milleta ei ole võimalik olla hooliv. Hoiakuid toetab professionaalsus, sisaldades õe teadmisi ja oskusi ning kutsealaseid väärtushinnanguid. Hoolitsemine kui hoolivuse komponent väljendub valdavalt tegevusena, patsiendi abistamises, seisundi jälgimises ja heaolu ning turvatunde tagamises.

KASUTATUD KIRJANDUS

Akerlind, G. (2012). Variation and commonality in phenomenographic research methods. *Higher Education Research & Development*, 31: 115–127.

Andersson, E., Willmann, A., Sjöström-Strand, A., Borglin, G. (2015). Registered nurses descriptions of caring: a phenomenographic interview study. <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/14/16> (05.04.2015).

Barnard, A., McCosker, H., Gerber, R. (1999). Phenomenography: A Qualitative Research Approach for Exploring Understanding in Health Care. *Qualitative Health Research*, 9: 212–226.

Bassett, C. (2002). Nurses' perceptions of care and caring. *International Journal of Nursing Practice*, 8: 8–15.

Beeby, J. (2000). Intensive care nurses' experiences of caring. *Intensive and Critical Care Nursing*, 16: 151–163.

Brilowski, G. A., Wendler, M. (2005). An evolutionary concept analysis of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 50(6): 641– 650.

Brunton, B., Beaman, M. (2011). Nurse Practitioner's Perceptions of Their Caring Behaviors. *Journal of The American Academy of Nurse Practitioners*, 12(11): 451– 456.

Bäck-Pettersson, S. (2006). Caring in research and practice - some nursing aspects. Göteborg: Institute of Medicine, Department of Public Health and Community Medicine/Primary Health Care.

Cheung, J. (1998). Caring as the ontological and epistemological foundations of nursing: A view of caring from the perspectives of Australian nurses. *International Journal of Nursing Practice*, 4: 225–233.

- Chiovitti, R. (2008). Nurses' meaning of caring with patients in acute psychiatric hospital settings: A grounded theory study. *International Journal of Nursing Studies*, 45: 203–223.
- Clarke, J., Wheeler, S. (1992). A view of the phenomenon of caring in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 17: 1283–1290.
- Dyson, J. (1996). Nurses' conceptualizations of caring attitudes and behaviours. *Journal of Advanced Nursing*, 23:1263–1269.
- Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile. (2013). Sotsiaalministeerium, Haigekassa. Tallinn, Saar ja Poll OÜ. www.saarpoll.ee (21.05.2015)
- Enns, C., Gregory, D. (2007). Lamentation and loss: expressions of caring by contemporary surgical nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 58: 339–347.
- Fassetta, M. (2011). Faculty utilization of Role Modeling to teach Caring Behaviors to baccalaureate Nursing Students. A Dissertation.
- Finfgeld-Connett, D. (2008). Meta-synthesis of caring in nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 17: 196–204.
- Flick, U. (2006). An introduction to qualitative research. Third Edition. London, Sage Publications, 448 lk.
- Forrest, D. (1989). The experience of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 14: 815–823.
- Grove, S. K., Burns, N., Gray, J. R. (2013). The Practice of Nursing Research. Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence, Seventh edition. ELSEVIER Saunders.
- Hall, E., Hoy, B. (2012). Re-establishing dignity: nurses experiences of caring for older hospital patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26: 287–294.

Halligan, P. (2006). Caring for patients of Islamic denomination: critical care nurses' experiences in Saudi Arabia. *Journal of Clinical Nursing*, 15: 1565–1573.

Laherand, M.-L. 2010 Kvalitatiivne uurimisviis. Tallinn: Sulesepp, 384 lk.

Larsson, J., Holmström, I. (2007). Phenomenographic or phenomenological analysis: does it matter? Examples from a study on anaesthesiologists' work. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 2: 55–64.

Leininger, M. (1988). Caring: An essential human need. In Smith, M., Turkel, M., Wolf, Z. (Eds.) (2013). *Caring in Nursing Classics. An Essential Resource* (127–141). Springer Publishing Company.

Linnik, L. (2014). Eesti tervishoiukõrgkoolide õe õppekava viimase kursuse üliõpilaste enesetõhusus hoolivuse väljendamisel patsientide suhtes: Enesehindamise mõõdiku "CES" tulemused. Magistritöö. Tartu Ülikool. Tartu.

Liu, S. (2004). What Caring Means to Geriatric Nurses. *Journal of Nursing Research*, 2(2): 143–152.

Marton, F. (1981). Phenomenography – describing conceptions of the world around us. *Instructional Science*, 10(1981): 177–200.

Meng, M., Xiuwei, Z., Anli, J. (2011). A theoretical framework of caring in the Chinese context: a grounded theory study. *Journal of Advanced Nursing*, 67(7): 1523–1536.

Morse, J., Solberg, S., Neander, W., Bottorff, J., Johnson, J. (1990). Concepts of caring and caring as a concept. In Smith, M., Turkel, M., Wolf, Z. (Eds.) (2013). *Caring in Nursing Classics. An Essential Resource* (19–31). Springer Publishing Company.

Papastavrou, E., Efstathiou, G., Sangari, H., Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E., Karlou, C., Balogh, Z., Palese, A., Tomietto, M., Jarosova, D., Merkouris, A. (2012). A cross-cultural study of the concept of caring through behaviours: patients' and nurses' perspectives in six different EU countries. *Journal of Advanced Nursing*, 68(5): 1026–1037.

Patistea, E. (1999). Nurses perceptions of caring as documented in theory and research. *Journal of Clinical Nursing*, 8: 487–495.

Pearcey, P. (2010). “Caring? It is the little things we are not supposed to do anymore.” *International Journal of Nursing Practice*, 16: 51–56.

Polit, D., Beck, C., Hungler, B. (2001). *Essentials of Nursing Research: Methods, Appraisal and Utilization*. Lippincott, USA.

Roach, S. (2002). Caring, the human mode of being. In Smith, M., Turkel, M., Wolf, Z. (Eds.) (2013). *Caring in Nursing Classics. An Essential Resource* (165–180). Springer Publishing Company.

Sjöström, B., Dahlgren, L. (2002). Applying Phenomenography in Nursing Research. *Journal of Advanced Nursing*, 40: 339–345.

Stenfors-Hayes, T., Hult, H., Dahlgren, M. (2013). A phenomenographic approach to research in medical education. *Medical Education*, 47: 261–270.

Swanson, K. (1999). What is Known About Caring in Nursing Science: A Literary Meta-Analysis. In Smith, M., Turkel, M., Wolf, Z. (Eds.) (2013). *Caring in Nursing Classics. An Essential Resource* (59–102). Springer Publishing Company.

Watson, J. (1985). *Nursing: Human Science and Human Care: A Theory of Nursing*. National League for Nursing, New York.

Watson, R., Hoogbruin, A., Rumeu, C., Beunza, M., Barbarin, B., MacDonald, J., McCready, T. (2003). Differences and similarities in the perception of caring between Spanish and UK nurses. *Journal of Clinical Nursing*; 12: 85–92.

Wikberg, A., Eriksson, K. (2008). Intercultural caring – an abductive model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 22: 485–496.

Wilkin, K., Slevin, E. (2004). The meaning of caring to nurses: an investigation into the nature of caring work in an intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 13: 50–59.

Yam, B., Rossiter, J. (2000). Caring in nursing: perceptions of Hong Kong nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 9: 293–302.

Yates, C., Partridge, H., Bruce, C. (2012). Exploring information experiences through phenomenography. *Library and Information Research*, 36: 96–119.

Lisa 1. TÜ Inimuuringute eetika komitee nõusolek

Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

Research Ethics Committee of the University of Tartu (UT REC)

Protokolli number: 224T-9

koosolek: 25.03.2013

Vastutav uurija (asutus): Ruth Tohvre (Tartu Ülikool, arstiteaduskond, õendusteaduse osakond, Nooruse 9, 50411 Tartu)

Uurimistöö nimetus: Tartu Ülikooli Kliinikumi statsionaarsetes osakondades töötavate õdede aruannad ja kogemused hoolivusest

Komitee koosseis:

Nimi	Asutus, amet	Osalamine otsuse tegemisel
Aime Keis (esimees)	TÜ arstiteaduskond, lektor	+
Arva Tikk (asessimees)	TÜ arstiteaduskond, emeriitprofessor	+
Ruth Kelda	TÜ arstiteaduskond, professor	-
Vahur Ööpik	TÜ kehakultuuriteaduskond, professor	+
Vallo Olle	TÜ kehakultuuriteaduskond, professor	+
Oivi Liibo	TÜ arstiteaduskond, dotsent	+
Mare Reim	Tartu Tervishoiu Kõrgkool, õppejõud-dotsent	+
Anu Masso	TÜ sotsiaal- ja haridusteaduskond, vanemteadur	-
Maire Peters	TÜ arstiteaduskond, vanemteadur	+
Külli Jaako	TÜ arstiteaduskond, vanemteadur, vanemassistent	+
Keia Kastepeöld-Tõrs	TÜ sotsiaal- ja haridusteaduskond, lektor	+
Naatan Haamer	TÜ K Naistekliinik, hingeharidaja	+
Kristi Lõuk	TÜ filosoofiateaduskond, projektijuht	+

Komiteele läbi vaatamiseks esitatud dokumendid:

1. Uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt, täiendatud 08.04.2013
2. Tartu Ülikooli Kliinikumi nõusolek uuringu läbiviimiseks
3. Uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm, täiendatud 08.04.2013
4. Uuringusse kutsumise teade
5. Vastutava uurija (R.Tohvre), juhendaja (R.Urban) ja kaasjuhendaja (E.Uibu) CV

Komitee otsus: Luba antud uurimistööks.

Uuringu lõpp: 30.11.2013

Komitee esimees: Aime Keis

Komitee vastutav sekretär: Eveli Kallarik

Väljastatud: 16.04.2013

Tartu Ülikool
Teadus- ja arendusosakond
Lassi 3
51003, Tartu, Eesti

tel: (+372) 7 375 514

Lisa 2. Informeeritud nõusoleku vorm

Töö teema: „Tartu Ülikooli Kliinikumi statsionaarsetes osakondades töötavate õdede arusaamad ja kogemused hoolivusest“.

Lugupeetud õde!

Olen Tartu Ülikooli arstiteaduskonna õendusteaduse osakonna magistriõppe II kursuse üliõpilane ja palun Teie osalemist minu magistritööga seotud uuringus. Uurimistöö eesmärgiks on kirjeldada Tartu Ülikooli Kliinikumi statsionaarsetes osakondades töötavate õdede arusaamu hoolivusest. Uurijana soovin teada saada, millised on Kliinikumi õdede arusaamad hoolivusest kui ühest õenduse ja ka Kliinikumi kui asutuse põhiväärtusest. Kliinikum on praktikabaasiks õendusüliõpilastele ning üliõpilaste praktilisel saadud kogemused ja teadmised on edaspidisel töösse suhtumise kujunemisel määrava tähtsusega. Seega on oluline teada saada, millised on Kliinikumi õdede arusaamad ja kogemused hoolivusest, et seeläbi arendada õdede professionaalseid hoiakuid.

Uuringus osalemine on vabatahtlik, uuritaval on õigus oma nõusolek tagasi võtta ja saada lisaselgitusi. Andmete kogumist teostatakse intervjuu abil, kus küsitakse Teilt, mida Te mõistate hoolivuse all. Intervjuud on individuaalsed ja eelnevalt kokkulepitud ajal ja kohas, kestus on 60-90 min. Kõik intervjuud lindistatakse ja kirjutatakse hiljem lindilt sõna-sõnalt maha ja analüüsitakse. Uurimistöö andmeid kasutatakse anonüümsetena ning intervjuueeritavate isikuandmeid ei avaldata ei töös ega ka eraviisiliselt, kogutud andmeid kasutab ainult uurimistöö läbiviija. Salvestused hävitatakse peale töö kaitsmist. Uurimuse tulemustest informeeritakse töö valmides.

Mind, on informeeritud ülalmainitud uuringust ning ma olen teadlik läbiviidava uurimistöö eesmärgist ja uuringu metoodikast. Kinnitan oma nõusolekut uuringus osalemiseks allkirjaga. Tean, et uuringute käigus tekkivate küsimuste kohta saan mulle vajalikku täiendavat informatsiooni uurijalt:

Ruth Tohvre

TÜ arstiteaduskonna õendusteaduse magistriõppe üliõpilane

Tel. 7318792 või 53318792, e-mail: Ruth.Tohvre@kliinikum.ee

Uuritava allkiri:Kuupäev, kuu, aasta

Uuritavale informatsiooni andnud isiku nimi ja allkiri:

Kuupäev, kuu, aasta

Lisa 3. Uuringusse kutsumise teade

Lugupeetud TÜ Kliinikumi õed!

Olen Tartu Ülikooli arstiteaduskonna õendusteaduse osakonna magistrant Ruth Tohvre ja kutsun Teid osalema uurimistöös, mille eesmärgiks on kirjeldada Tartu Ülikooli Kliinikumi statsionaarsetes osakondades töötavate õdede arusaamu hoolivusest. Uurijana soovin teada saada, millised on kliinikumi õdede arusaamad hoolivusest kui ühest õenduse ja ka Kliinikumi kui asutuse põhiväärtusest. Soovin oma magistritöö jaoks läbiviidavas uurimuses intervjuuerida kuni 15 tervishoiutöötajate registrisse kantud õde.

Juhul kui nõustute uurimistöös osalema, tulen Teid intervjuerima Teile sobival ajal. Intervjuu kestus on 30 kuni 90 minutit ja intervjuus küsin, mida Te mõistate hoolivuse all. Lindistan intervjuu ega avalda selle sisu kõrvalistele isikutele.

Osalemine uuringus on vabatahtlik. Uurimistöö andmeid kasutatakse anonüümsetena ning intervjueeritavate isikuandmeid ei avaldata ei töös ega ka eraviisiliselt, kogutud andmeid kasutan ainuisikuliselt uurimistöö läbiviijana.

Uurimistöö taotlus on saanud loa Tartu Ülikooli Inimueuringute Eetika Komiteelt.

Juhul, kui olete nõus intervjuus osalema, teatage palun oma nõusolekust

hiljemalt 13.06.2013. meiliaadressil Ruth.Tohvre@kliinikum.ee või telefonil

58173412.

Lugupidamisega

Ruth Tohvre,

Tartu Ülikooli arstiteaduskonna õendusteaduse osakonna magistriõppe üliõpilane